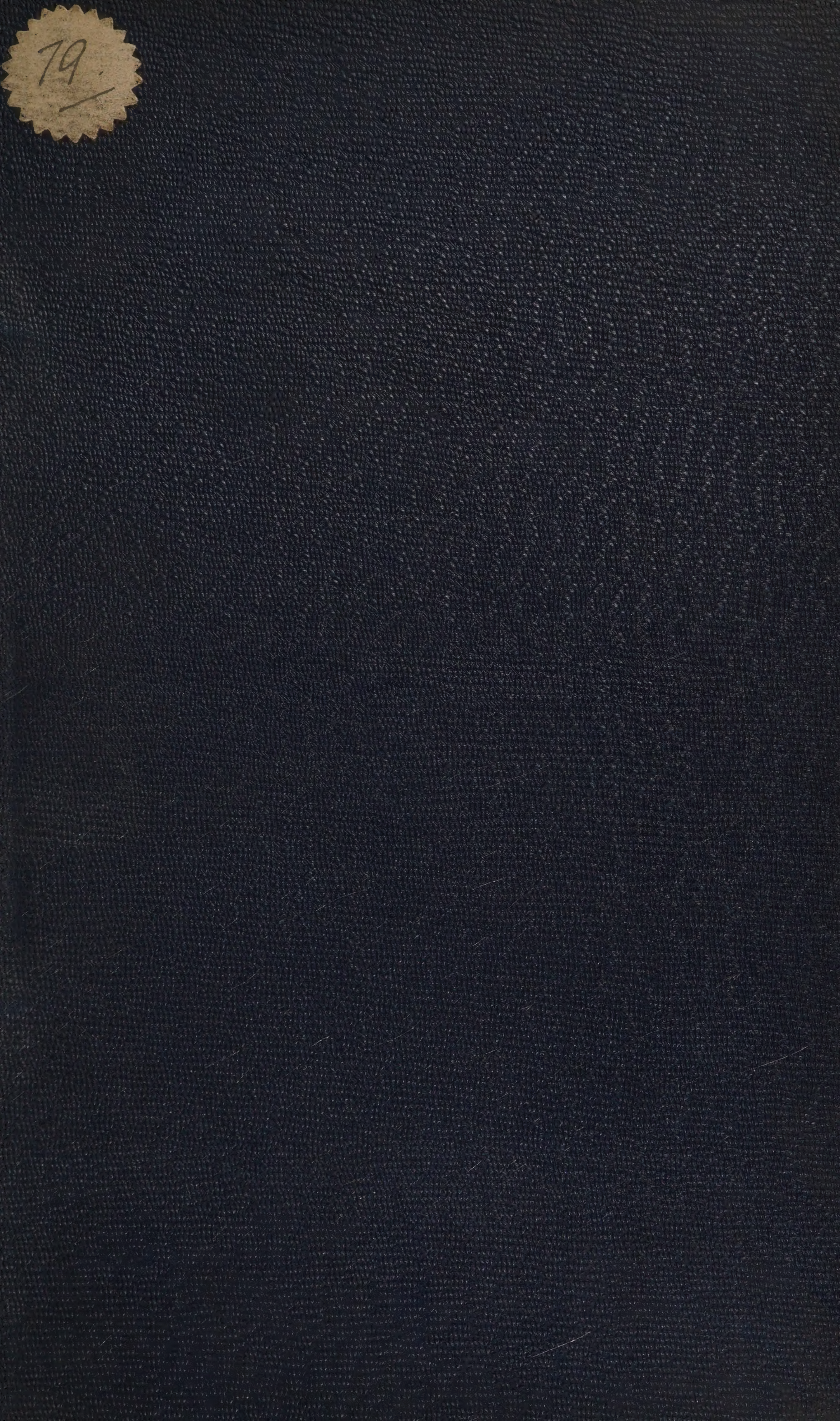
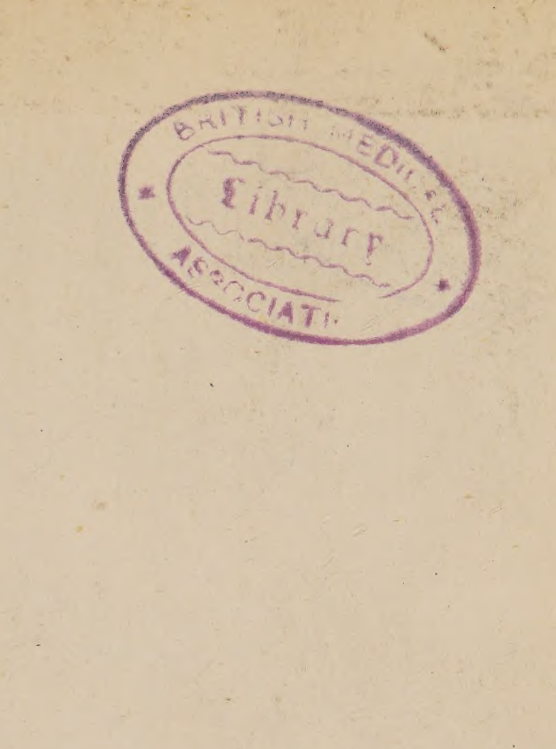
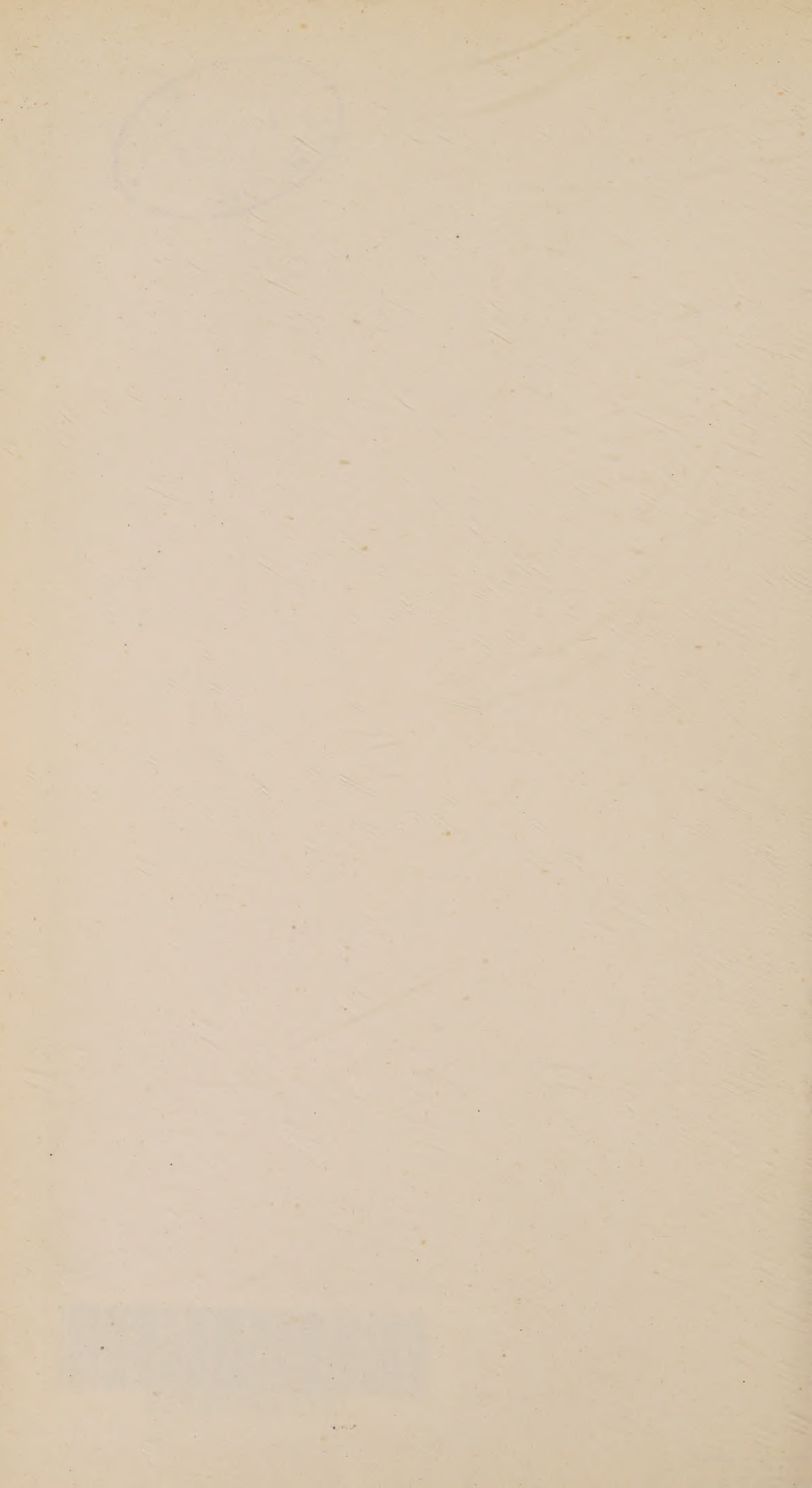
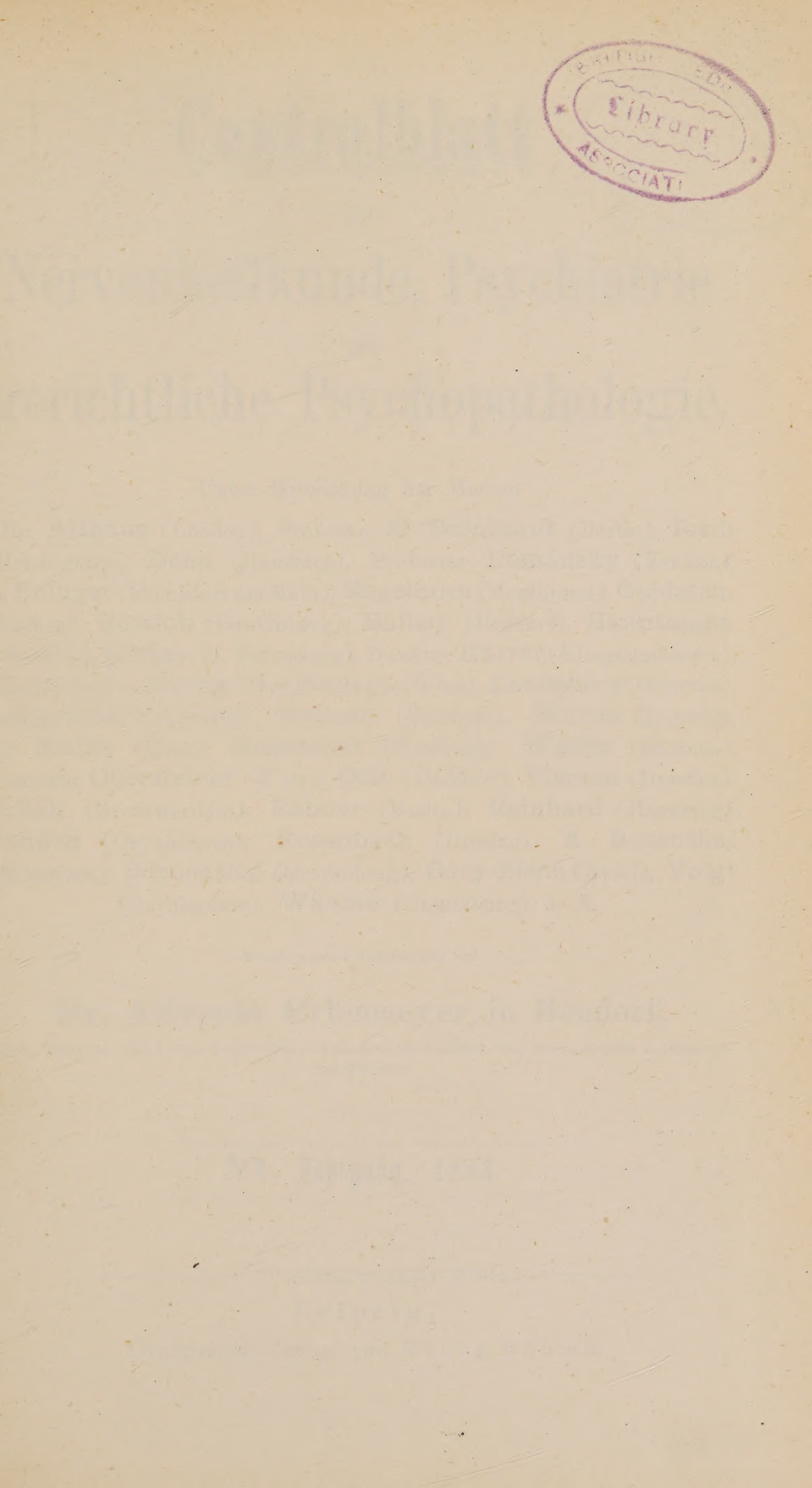



22500384134


BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION





Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung der Herren

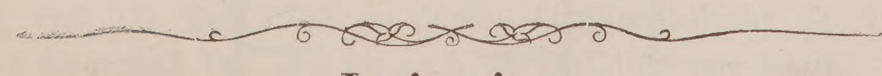
DDr. Althaus (London), Professor M. Bernhardt (Berlin), Buch (Helsingfors), Dehn (Hamburg), Professor Dománsky (Krakau), L. Edinger (Frankfurt am Main), Engelhorn (Maulbronn), Goldstein (Aachen), Gottlob (Grafenberg), Halbey (Bendorf), Hauptmann (Gleiwitz), Hintze (St. Petersburg), Direktor Karrer (Klingenmünster), Kron (Berlin), Krueg (Ober-Döbling bei Wien), Landsberg (Ostrowo), Langreuter (Dalldorf), Matusch (Dalldorf), Möbius (Leipzig), Fr. Müller (Graz), Neuendorf (Bernburg), Nieden (Bochum), Professor Obersteiner (Wien), Otto (Dalldorf), Pierson (Dresden), Pollák (Grosswardein), Rabow (Berlin), Reinhard (Hamburg), Rohden (Oeynhausen), Rosenbach (Breslau), A. Rosenthal (Warschau), Schoenthal (Grafenberg), Sury-Bienz (Basel), Voigt (Oeynhausen), Wähner (Creutzburg) u. A.

herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Koblenz.

VI. Jahrgang. 1883.



Leipzig,
Commissions-Verlag von Georg Böhme.



Verzeichniss der Originalien.

1. Ueber einen Fall von cerebrospinaler Syphilis von Dr. Julius Althaus in London. pag. 1.
2. Ueber die Empfindlichkeit der Haut gegen elektrische Reize. Vorläufige Mittheilung von Dr. P. J. Möbius in Leipzig. pag. 25.
3. Ein Fall von halbseitiger Gesichtsatrophie von Prof. Bernhardt in Berlin. pag. 49.
4. Eine empfehlenswerthe Vereinfachung der constanten Batterie von Dr. Hugo Köbner in Breslau. pag. 73.
5. Zur Lehre von der Neurasthenie von Dr. P. J. Möbius in Leipzig. pag. 97.
6. Studien über die Wirkung des Acetals (Diaethylacetals) von Dr. Stoltenhoff, zweiter Arzt der Irrenanstalt zu Saargemünd. pag. 122.
7. Ein Lipom des Plexus choroideus von Prof. H. Obersteiner in Wien. pag. 145.
8. Beobachtungen über eine bemerkenswerthe Wirkung der statischen Electricität. Vorläufige Mittheilung von Dr. S. Th. Stein in Frankfurt am Main. pag. 169.
9. Beitrag zur symptomatischen Behandlung der Paralysis agitans von Dr. Erlenmeyer. pag. 193.
10. Notiz über das Verschwinden des Kniephänomens bei alten Leuten von Dr. P. J. Möbius in Leipzig. pag. 217.
11. Die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte am 16. und 17. Mai 1883 zu Berlin. Originalbericht von Dr. Langreuter und Dr. Matusch in Dalldorf bei Berlin. pag. 241.
12. Nachtrag zur „Ataxie im Kindesalter“ von Dr. Richard Schulz, Prosector am herzogl. Krankenhaus zu Braunschweig. pag. 266.

13. Ein Fall von ausgebreiteter Myokarditis mit plötzlicher Herzlähmung kurz nach einer subcutanen Morphiuminjection von Prof. Dr. J. W. Runeberg in Helsingfors. pag. 289.
14. Notiz über das Verhalten der Pupille bei alten Leuten von Dr. P. J. Möbius in Leipzig. pag. 337.
15. Ein Fall von Tabes dorsalis mit Geistesstörung von Dr. L. Goldstein in Aachen. pag. 361.
16. Zur Lehre von den Coordinationsstörungen im Kindesalter. Ein casuistischer Beitrag von Dr. Erlenmeyer. pag. 385.
17. Zur Frage von der Aetiologie der Tabes dorsalis von Prof. Dr. M. Bernhardt in Berlin. pag. 457.
18. Mittheilungen aus der psychiatrischen Praxis von Dr. Richard Neuendorff, Arzt an der Landesirrenanstalt zu Bernburg. I. Psychose und Carcinom. pag. 505. II. Zur Wirkung der Tinctura Aconiti. pag. 507. III. Zur Katatonie? pag. 529.

Preisaufgabe pag. 144.

Neueste Literatur pag. 23, 71, 191, 286, 383.

Ein genaues Inhaltsverzeichniss der 646 Referate findet sich am Ende des Bandes.

Monatlich 2 Nummern, jede 1 1/2 Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. — 1. Januar 1883. — Nro. 1.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Dr. Julius Althaus: Ueber einen Fall von cerebrospinaler Syphilis.

II. REFERATE. 1) H. G. Beyer: Endigungen der Hodennerven. 2) L. Minor: Ueber die Bedeutung des corpus striatum. 3) Nic. Popow: Ueber die acute Myelitis toxischen Ursprungs. 4) Hughlings-Jackson: Hirntumor mit localisirten Krämpfen. 5) D. A. King: Fall von multiplem Hirntumor. 6) Jos. V. Drozda: Neuropathologische Beiträge. 7) William A. Hammond: Ueber hereditäre Ataxie. 8) C. Féré: Hereditäre Ataxie u. s. w. 9) St. Skobel: Bulbär-Symptome bei einem sekundär Syphilitischen. 10) A. Obalinski: Kritische Bemerkungen über zwei günstige Fälle von Schädeltrepanation. 11) Nicolaus Dubay: Beitrag zur Therapie der Epilepsie. 12) Garel: Innerliche Behandlung der Hysterie mit Blattmetallen. 13) Carl Laufenauer: Ueber die secundäre progressive Dementia paralytica. 14) Bechterew: Der Zustand der „Erstarrung" bei der Melancholia attonita. 15) Amadei: Die Scdädelcapacität Geisteskranker. 16) Morselli: Die schlafmachende und beruhigende Wirkung des Paraldehyd bei Geisteskrankheiten. 17) Zierl: Gerichtlich-psychiatrische Mittheilungen.

III. VEREINSBERICHTE. 18) Dupuy: Ueber erbliche Uebertragung von traumatischen Läsionen. 19) Gellé: Ueber binauriculaeres Hören. 20) Leven: Zur Physiologie des Plexus solaris. 21) Bochefontaine: Ueber die Modification der Speichelsecretion durch Reizung des Gyrus sygmoideus. 22) Richet: Ueber in Gyps eingeschlossene lebende Thiere. 23) Hartings: Ueber die Gefahren des Hypnotisirens. 24) Bonnafond: Ueber Gleichgewichtsstörungen etc. durch Druck auf das Trommelfell: 25) Bechterew: Versuche über Durchschneidung des Acusticus bei Hunden.

IV. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 26) Aus Darmstadt. V. NEUESTE LITERATUR. VI. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Ueber einen Fall von cerebrospinaler Syphilis.

Von Dr. Julius Althaus in London.

Ein 37 jähriger unverheiratheter Architekt wurde im Dezember 1881 auf meiner Abtheilung im Hospital for Epilepsy and Paralysis aufgenommen. Er hatte im Jahre 1863 die Pocken gehabt, aber sich gut von dieser Krankheit erholt. Neurotische Affectionen hatten in seiner Familie nie existirt. Im Jahre 1873 hatte er einen Schanker, dem bald Roseola, Pharyngitis und Geschwürsbildung in der Zunge folgte. Diese Symptome schleppten sich ungefähr 12 Monate lang hin, wichen aber dann dem Merkur und Zittmann'schen Decoct; und Pat. blieb jetzt scheinbar ganz gesund bis zum Januar 1880, wo sich

ausserordentlich heftige Kopfschmerzen einstellten, welche ihn „halb toll machten“. Diese Kopfschmerzen kamen gewöhnlich drei oder viermal im Verlaufe von 24 Stunden, und dauerten etwa eine halbe Stunde. Er wurde besonders mit Chinin behandelt (in Süd-America) doch ohne Erfolg, und dieser Zustand dauerte bis zum Juli desselben Jahres. Er hatte dann ganz plötzlich, und ohne irgend welche weitere Vorboten einen Schlaganfall, mit Aphasie und rechtseitiger Hemiplegie; das Bewusstsein verlor er dabei jedoch nicht, auch zeigte sich keine Incontinenz der Excrete. Das Kopfweh war auf einmal und für immer verschwunden. Er erlangte den Gebrauch seiner Sprache innerhalb 10 Tagen wieder, doch blieb die Lähmung der rechten Seite bestehen.

Dieser Zustand dauerte ziemlich unverändert einige Monate fort. Dann stellten sich heftige Rückenschmerzen ein, welche mit hypodermatischen Injectionen von Morphium — mitunter fünf an einem Tage — behandelt wurden. Ausserdem wurde graue Salbe in den Rücken geschmiert. Im November desselben Jahres fing das linke Bein an gelähmt zu werden; dies ging jedoch ganz allmälig vor sich. Bald darauf kam es auch zur Lähmung der Blase und des Mastdarms, so dass der Gebrauch des Katheters und starker Klystiere erforderlich wurde. Er hatte eine Zeitlang Symptome von vollständiger Obstruction des Darmkanals, welche jedoch durch Aloe und Belladonna beseitigt wurde. Die Blase war um diese Zeit in einem so reizbaren Zustande, dass Pat. den Katheter *stündlich* bei Tag und Nacht mit der linken Hand einführte. Der Stuhlgang besserte sich allmälig, so dass er mittelst gewöhnlicher Klystiere erfolgte; auch beruhigte sich die Blase so, dass nur vier bis fünfmal täglich katheterisirt zu werden brauchte. Zuweilen kam es zur Incontinenz des Urins, auf welche aber bald wieder Retention folgte. Im Sommer 1881 kam Pat. nach England, und wurde in Glasgow mit grossen Dosen Jodkalium behandelt — bis zu 7,5 Gramm pro Tag; auch mit Sublimat u. a. Arzneien; doch blieb diese Behandlung ohne Erfolg auf die Paralyse, wogegen der Allgemeinzustand des Pat. sich verschlechterte; er verlor seinen Appetit und wurde sehr hinfällig.

Bei seiner Aufnahme ins Hospital zeigte Pat. eine aschgraue Gesichtsfarbe, sah aber sonst leidlich aus, war auch nicht besonders abgemagert. Er drückte sich sehr gut aus, und war keine Spur von Aphasie oder Anarthrie vorhanden. Sein Gedächtniss und die übrigen geistigen Fähigkeiten hatten nicht gelitten. Die Sinnesorgane waren gesund; die ophthalmoscopischen Zeichen negativ. Percussion des Schädels zeigte nirgendwo eine besondere Empfindlichkeit. Keine Spur einer Facialisparalyse; alle übrigen Kopfnerven waren auch gesund. Die Zunge hatte einen dicken gelben Belag, zitterte aber nicht beim Herausstrecken und war ganz grade.

Der *rechte Arm* war vollständig gelähmt und starr. Die Steifigkeit war am grössten im Biceps und den Flexoren des Vorderarms. Die Empfindung war normal, doch zeigten sich die Sehnen-Reflexe ganz enorm gesteigert. Eine leichte Berührung — es war kaum ein

Schlag zu nennen — der Finger, der Metacarpalknochen, des capitulum ulnae und fast des ganzen Knochengebietes bis zum Acromion, löste die heftigsten Bewegungen oder vielmehr Zuckungen der Hand und des Armes aus. Einzelne Punkte waren wirksamer als andere. Bei etwas starker Percussion kam es zu einem förmlichen Krampf. Die Nerven und Muskeln des rechten Armes antworteten auf beide Ströme mit weit heftigeren Zuckungen als die des gesunden linken Armes.

Das *rechte Bein* war gleichfalls vollständig von der Hüfte abwärts gelähmt; doch schien es mir, als ob eine sehr geringe Bewegung des Fusses möglich war. Auch hier war die Empfindung normal, und die Muskeln, besonders an der Rückseite des Schenkels, im Zustande der Starre. Die Sehnenreflexe waren, wo möglich, noch mehr gesteigert als im Arm. Das Oeffnen der Thür, irgend ein Geräusch u. s. w. erzeugte heftige Convulsionen, welche sich auch sofort auf das linke Bein fortsetzten. Das Centrum dieser Bewegungen war die Patellarsehne; geringe Berührung derselben reichte hin die sog. „spinale Epilepsie“ hervorzurufen, welche mehrere Minuten lang fortdauerte, doch meistentheils durch Beugung des Knies und Rückwärtsziehen des Beines angehalten wurde. Perkussion irgend eines Punktes der Tibia und des Quadriceps femoris löste ähnliche, obwohl nicht ganz so heftige Convulsionen aus, und waren dieselbe im Ganzen um so stärker, je näher an der Patellarsehne geklopft wurde. Das Fussphänomen (welches man in England ankle-clonus nennt) war gleichfalls sehr stark ausgesprochen, und die faradische und galvanische Reizbarkeit der Nerven und Muskeln grösser als auf der anderen Seite.

Der *linke Arm* war vollständig gesund, und hatte Pat. gelernt mit der linken Hand zu schreiben und sich zu katheterisiren.

Das *linke Bein* dagegen war gelähmt, obwohl nicht so vollständig als das rechte, da Pat. den linken Fuss ein bischen vom Boden heben konnte, und die Zehen etwas zu beugen vermochte. Auch hier waren die Sehnen-Reflexe bedeutend erhöht, obwohl lange nicht so enorm ausgeprägt wie am rechten Bein. Die galvanische und faradische Reizbarkeit der Nerven und Muskeln war auch hier ungewöhnlich stark, obwohl nicht so stark wie am rechten Bein. Die Empfindung war auch hier vollkommen normal; und liess sich weder hier noch in den anderen gelähmten Muskeln irgend welche Atrophie constatiren. Oberflächliche Reflexe überall normal.

Die Bauch- und Cremaster-Reflexe waren erhöht. Die Muskeln des Stammes waren paretisch, da Pat. die grösste Schwierigkeit hatte im Bette oder auf einem Lehnsessel seine Stellung zu verändern.

Herz und Lunge waren gesund. Der Appetit war gut, und obwohl die Zunge einen starken gelben Belag hatte, schien doch die Verdauung weiter nicht gestört zu sein. Der Mastdarm jedoch brauchte noch Klystiere, und klagte Pat. öfter über einen tiefsitzenden Schmerz in der Gegend der flexura sigmoidea. Der Urin enthielt einen Ueberschuss harnsaurer Salze, keinen von Phosphaten oder Harnstoff, kein Eiweiss, Zucker oder Blasenschleim. Spez. Gewicht 1016. Etwas Harn floss jedesmal ab wenn der Pat. Stuhlgang hatte; dagegen war

die Herrschaft des Willens über die Blase volltsändig erloschen. Der Geschlechtstrieb ebenfalls; Erectionen kamen nicht vor.

Pat. wurde erst mit Secale und Bromkalium, und später mit Phosphor (in Oel aufgelöst und in Kapseln gegeben) und mässigen Dosen Jodkalium, Bromkalium und Sublimat behandelt. Auch wurde der constante Strom am Kopf und Rücken angewandt. Unter dieser Behandlung ist eine bedeutende Besserung in fast allen Symptomen eingetreten; die willkürliche Kraft über die Glieder ist sehr viel grösser, die Muskelstarre beträchtlich geringer, und besonders die Sehnen-Reflexe weit weniger markirt als früher. Die Behandlung wird noch fortgesetzt.

Epikrise. — Der oben so kurz als möglich geschilderte Fall bietet in mehreren Beziehungen ein grosses klinisches Interesse dar, besonders was die Localisation des Leidens anbetrifft. Sehr heftige Kopfschmerzen bei syphilitischen Patienten bezieht man gewöhnlich auf weiche Syphilome im Subarachnoidalraum, oder auf der inneren Fläche der Schädelknochen, welche das Periost und die Dura Mater reizen. Solche Geschwülste verursachen übrigens fast durchweg auch epileptiforme Krämpfe und Affectionen der Kopfnerven, wovon im vorliegenden Falle keine Spur vorlag. Nehmen wir nun noch den Umstand hinzu, dass die Kopfschmerzen plötzlich nach dem Schlaganfall aufhörten, und nie wiederkamen, so scheint es mir geboten anzunehmen, dass wir es hier nicht mit einem Gumma, sondern mit *syphilitischer Endo-Arteriitis* zu thun hatten, welche bestand, so lange die Kopfschmerzen dauerten, und welche schliesslich zur Thrombose der linken Arteria fossae Sylvii, und dadurch zu nekrobiotischer Gehirnerweichung führte.

Welcher Theil der Sylvi'schen Arterie war wohl afficirt? War es ihr centrales System, welches den Streifenhügel und die innere Kapsel versorgt? oder ihr Rinden-System, welches gebildet wird nachdem das Gefäss in die Sylvi'sche Grube eingetreten ist, und welches die drei Stirnwindungen, und die eigentlichen motorischen Windungen — frontalis ascendens, parietalis ascendens*) und lobolus paracentralis — versorgt? Mit andern Worten, rührte die Lähmung von Krankheit des Streifenhügels oder der grauen motorischen Rindensubstanz her? Der ganze Verlauf des Falles scheint mir darauf hinzudeuten, dass die Central-Ganglien nicht gelitten hatten, und dass die Lähmung von Erweichung der die Rolando'sche Furche begrenzenden Windungen herrührte. Wenn nämlich der Hauptzweig der Sylvi'schen Arterie — also ihr Central-System — verstopft gewesen wäre, so müsste es unzweifelhaft zum permanenten Verlust der Sprache gekommen sein; während hier Pat. die Sprache nur etwa 10 Tage lang verloren hatte, und dieselbe jetzt, und schon lange, vollkommen normal ist. Dieser Umstand deutet darauf hin, dass es anfangs zum Verschluss der A. frontalis externa kam, welche die Broca'sche Windung versorgt, und der Aa. parietales anterior et posterior, welche die Windungen der Rolando'schen Furche ernähren; dass die frontalis externa bald wieder Blut durchliess und die Broca'sche Windung wieder ernähren konnte, während die

*) Vordere und hintere Centralwindung.

parietales anterior et posterior permanent verstopft blieben, und die Rolando'schen Windungen deshalb einer tief greifenden Erweichung unterlagen. Man könnte nun allerdings denken, dass vielleicht die A. cerebralis anterior, welche einen kleinen Zweig an die beiden unteren Stirnwindungen gibt, es unternommen hätte die ganze Broca'sche Windung zu ernähren; doch ist eine solche Vermuthung aus dem Grunde sehr unwahrscheinlich, weil in den meisten Fällen, wo Aphasie von Verstopfung des Hauptzweiges der Sylvi'schen Arterie herrührt, die Sprache entweder gar nicht oder nur in sehr unvollkommener Weise wiederkehrt; was auch nicht Wunder nehmen kann, wenn man die ausserordentliche Kleinheit des von der cerebralis anterior abgehenden Zweigleins bedenkt. Ausserdem wissen wir, dass Fälle von Aphasie ohne Hemiplegie von lokalem Verschluss der frontalis externa, und davon herrührender Erweichung der Broca'schen Windung vorkommen, und dass in solchen Fällen das kleine aus der cerebralis anterior stammende Gefäss wenig oder nichts nützt. Wir sind deshalb wohl gerechtfertigt anzunehmen, dass die Endo-Arteriitis, welche erst die heftigen Kopfschmerzen, und später die Erweichung der Gehirnsubstanz hervorrief, auf das Rindensystem der Sylvi'schen Arterie beschränkt war, und dass die Central-Ganglien in dem vorliegenden Falle gesund sind.

Eine weitere Frage ist, ob die *Lähmung des linken Beines,* welche ungefähr sechs Monate nach der rechtseitigen Hemiplegie entstand, *ihren Ursprung im Gehirn oder Rückenmark hat?* Kam es zu einem frischen Anfall von arterieller Thrombose in der rechten Hemisphäre, oder ist der Sitz der Erkrankung im Lendentheil des Rückenmarks zu suchen? Es scheint mir, dass die vorhandenen Symptome ziemlich klar auf die letztere Eventualität hinweisen. Es ist bekannt, dass Strukturveränderungen der motorischen Centren in den Hirnwindungen oder der inneren Kapsel gewöhnlich zu Sclerose der Seitenstränge führen, und zwar besonders des Theiles, welcher als gekreuzter Pyramidenstrang bekannt ist. Ob es zu einer solchen Sklerose kommt, hängt weniger von der Natur der primären Krankheit, als von deren Sitz und Ausdehnung ab. So entsteht dieselbe nicht blos nach Erweichung, wie in dem vorliegenden Falle, sondern auch nach Blutung und Entzündung; nicht blos nach Strukturveränderungen der Centralwindungen, sondern auch der weissen inneren Kapsel und des Centrum ovale, besonders wo der Fuss der Corona radiata implicirt ist; aber nicht nach Läsionen des Streifenhügels oder oberflächlicher Affection der Centralwindungen, wie sie z. B. bei Meningitis vorkommt. Die Sklerose in dem gegenwärtigen Falle umfasst den ganzen Pyramidenstrang vom Fusse der Centralwindungen an durch die innere Kapsel, crus cerebri, Brücke, Oblongata und Rückenmark bis zur Lendenanschwellung. Die klinischen Symptome dieses Zustandes sind bekanntlich Muskelsteifigkeit und gesteigerte Sehnenreflexe, welche in so hohem Grade hier vorlagen.

In den meisten Fällen ist diese secundäre Sklerose auf die leidende Seite beschränkt, d. h. also im Gehirn auf die der Lähmung

gegenüberliegende Seite, und im Rückenmark auf dieselbe Seite, ohne dabei die graue Substanz u. s. w. zu afficiren. In dem uns beschäftigenden Falle jedoch ist die Krankheit nicht blos auf den gekreuzten Pyramidenstrang übergegangen, sondern hat sich in der Lendenanschwellung auf andere Theile des Rückenmarks verbreitet, welche gewöhnlich verschont werden. So erklärt sich die Lähmung des linken Beines, der Blase und des Mastdarms. Die Lähmung im linken Beine ist gewiss nicht auf das Gehirn zu beziehen, weil sie ganz anders entstand und auch nicht so vollständig war wie im rechten Beine; und obwohl es Bahnen im Gehirn gibt, welche eine bestimmte Beziehung zu der Blase und dem Mastdarm haben, so liegen dieselben doch in anderen Theilen, wahrscheinlich in den Corpora restiformia des verlängerten Marks. Wäre die Läsion cerebral, so wäre auch wohl der linke Arm afficirt worden. Es scheint demnach, dass die Sklerose in der Lendenanschwellung durch die vordere Commissur von der rechten auf die linke Seite des Rückenmarks übergriff. Wir wissen, dass nicht nur eine erste Kreuzung in den Pyramiden stattfindet, sondern, dass noch eine zweite Kreuzung weiterhin in den tieferen Theilen des Rückenmarkes vor sich geht, wo Fasern von der rechten nach der linken Seite hinüberziehen und vice versa, durch die vordere Commissur, und ohne durch die Ganglienzellen der grauen Substanz zu passiren. Diese zweite Kreuzung ist anatomisch von Schiefferdecker studirt, und erklärt auf physiologischem Wege die Thatsache, dass Durchschneidung einer Seitenhälfte des Rückenmarks bei Thieren Lähmung auf derselben Seite, und Parese auf der andern Seite erzeugt. Unzweifelhaft verbreitete sich die Sklerose in diesen Faserzügen von der rechten auf die linke Seite der Lendenanschwellung, und ergriff dort auch die Bahnen für die Leitung motorischer Impulse nach dem Mastdarm, der Blase und den Geschlechtsorganen. Da man diese Bahnen gewöhnlich in den Hintersträngen sucht, erscheint es eigenthümlich, dass die verschiedenen Formen der Empfindung — Contact, Schmerz, Temperatur — in beiden Unter-Extremitäten vollkommen normal waren.

II. Referate.

1) **H. G. Beyer:** The terminations of the nerves in testicle. (Endigungen der Hodennerven.) (The journ. of nerv. & ment. disease. Nro. 3. 1882.)

Die aus dem Sympathicus stammenden Hodennerven umgeben als „extratubulärer Plexus“ die Saamenkanälchen. Die Fasern treten dann durch deren Wand, indem sie zu Endfasern auseinanderweichen, durchziehen die verschiedenen Lagen des Endtheils und bekleiden die Innenfläche der Wand. Die Axencylinder verlaufen sodann in einem spitzen Winkel zu derselben nach dem Centrum des Lumens und bilden mit ihren zahlreichen Anastomosen den „intratubulären Plexus“, ein Netzwerk, in dem die Epithelzellen liegen. In das Innere derselben tritt keine Nervenfaser ein. Diese endigen vielmehr in der zwischen den

Zellen befindlichen Cementsubstanz. Das intraepitheliale Netzwerk Heitzmann's steht durch Spitzen, die die Cementsubstanz durchdringen mit den letzten Ausläufern der Axen-Cylinder in Verbindung. So erfolgt die Bildung der Spermatozoën „unter der direkten Controlle" des Sympathicus. Kron (Berlin).

---

2) **L. Minor:** Ueber die Bedeutung des corpus striatum. (Inaug.-Diss., Moscau 1882, 8⁰. 150 S. russisch.)

Verf. gelangt auf Grund seiner fleissigen unter Leitung von Prof. Babuchin ausgeführten Arbeit, die sich übrigens nicht blos auf das corpus striatum beschränkt, zu folgenden Resultaten, die theils durch Reizung der betreffenden Hirntheile mit schwachen faradischen wie galvanischen Strömen, theils durch Auslöffelung der so erkannten motorischen Centren erlangt wurden: 1) Die motorischen Bahnen für die Extremitäten und einzelne Muskeln gehen in der Marksubstanz von der Rinde zur Capsula interna und corona radiata in gesonderten Bündeln. 2) Die Anordnung dieser Bahnen ist beim Hunde, der Katze, dem Kaninchen und Meerschweinchen im Allgemeinen die gleiche. 3) Diese Anordnung entspricht der von Pitres auf Grund klinischer Thatsachen am Menschen erschlossenen. 4) Die motorischen Centren der Hirnrinde sind nicht als psychomotorische sondern als einfach motorische aufzufassen. 5) Gegenüber Ferrier und Exner gelang es Verf. auch einseitige Bewegungen der Kaumuskeln und des m. levator palp. sup. hervorzurufen. 6) die Zerstörung einzelner motorischer Rindencentren verursacht Verlust der Erregbarkeit der entsprechenden Bahnen und Degeneration derselben, die durch die Capsula interna, Hirnschenkel, Varolsbrücke, verlängertes Mark und Seitenstränge des Rückenmarkes herab verfolgt wurde. 7) Reizung des nucleus caudatus sowohl mit schwachen wie mit den stärksten Strömen bewirkte keine motorischen Effecte, was mit anatomischen wie klinischen Thatsachen übereinstimme. 8) Am Stirnlappen des Kaninchengehirns neben und vor Ferrier's Centrum für den Lidschluss findet sich eine beschränkte Stelle (durch Abbildung illustrirt) deren Reizung mit schwachem farad. Strome stets primäre Erweiterung des gegenüberliegenden Ohres bewirkte, ohne vorhergehende Verengerung. Denselben Effekt hatte die Reizung einer bestimmten Stelle der capsula interna. Verf. bezieht dies mit Recht auf gefässerweiternde Fasern, resp. Centren.

Buch (Helsingfors).

---

3) **Nic. Popow:** Ueber die acute Myelitis toxischen Ursprungs. (Inaug.-Diss. St. Petersburg 1882. 8⁰. 62 S. russisch.)

Die Experimente wurden an Hunden angestellt, im klin. Laboratorium von Prof. Mierzejewski. Die Resultate werden vom Verf. folgendermaassen zusammengefasst.

1. Durch acute Vergiftung mit Arsenik, Blei und Quecksilber werden bedeutende Veränderungen im Rückenmarke bewirkt, welche sich als acute *centrale Myelitis* characterisiren.

2. Bei subacuten Vergiftungen beschränkt sich die Entzündung

nicht auf die graue Substanz sondern greift über auf die weisse, so dass also das Bild der *allgemeinen diffusen* Myelitis uns entgegentritt.

3. Das peripherische Nervensystem bleibt bei der acuten Vergiftung mit den genannten Stoffen vollständig normal, die Symptome von Seiten des Nervensystems, Krämpfe, Lähmungen, Schmerzen, Anaesthesieen, finden eine genügende anatomische Erklärung in der Myelitis und darf keines derselben einer Affection des peripheren Nervensystems zugeschrieben werden.

Die Arbeit schmücken 3 farbige Tafeln mit Abbildungen mikroskopischer Präparate. Buch (Helsingfors).

---

4) **Hughlings - Jackson** (London): Localised convulsions from Tumour of the Brain. (Hirntumor mit localisirten Krämpfen.) (Brain, October 1882.)

Der betreffende Kranke wurde im Laufe von 10 Jahren 3 Mal längere Zeit hindurch beobachtet. Schon 2 Jahre vor seiner ersten Vorstellung hatten die noch bestehenden Convulsionen angefangen. Dieselben bestanden in Zuckungen, welche stets von den Zehen des rechten Fusses ausgingen und sich auch meist auf das Bein beschränkten. Manchmal erstreckten sie sich auf den rechten Arm, und nahmen dann von den Fingern ihren Ausgang (jedoch stets erst, nachdem das r. Bein bereits afficirt war). Manchmal trat im weiteren Verlaufe des Anfalles auch Bewusstlosigkeit ein. Die Convulsionen wurden durch Parästhesie im Fuss eingeleitet.

Am 28. Januar 1882 erschien der Kranke mit einer rechtsseitigen Hemiplegie, die erst seit einem Tage bestand. Gesicht und Zunge waren normal, die Sprache gut. Der r. Arm total gelähmt, das r. Bein konnte in der Bettlage ein wenig angezogen werden. Rechtsseitiger Fussclonus, Sehnenphänomen auf der r. Seite gesteigert. Tod am 30. Januar, durch rechtsseitige Pneumonie. — Die *Autopsie* ergab, bei sonst gesundem Gehirn, einen Tumor an der Oberfläche der linken Hemisphäre, welcher die hintere Hälfte der oberen Stirn- und die obere Hälfte der vorderen Centralwindung einnahm. Im Centrum des Tumors finden sich mehrere frische Hämorrhagien. Die Geschwulst erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als ein Gliom.

Pierson (Dresden).

---

5) **D. A. King** (London): Case of multiple Cerebral Tumour. (Fall von multiplem Hirntumor.) (Brain, October 1882.)

Der 16 jährige Kranke von phthisischen Eltern abstammend, hatte kurz vor der Aufnahme in das Hospital einen Fall auf den Kopf erlitten, der aber ohne sichtliche Folgen blieb, die Krankheit begann Ende October 1881 mit Stirnkopfschmerz, Diplopie und schwankendem Gang. Später mehrmaliges Erbrechen. Bei der Aufnahme fand sich Lähmung des rechten rectus extern. oculi; weite Pupillen; stark herabgesetztes Sehvermögen ohne ophthalmoskopischen Befund; partielle Facialislähmung rechts. Zunge weicht nach links ab. Geschmacksverlust der rechten Zungenhälfte, complete Anosmie-Anästhesie der Rachenschleimhaut.

Lebhafter Plantarreflex rechts; etwas Fussclonus beiderseits. Kniereflex gesteigert. Kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Das rechte Bein wird beim Gehen geschleppt und etwas geschleudert. Leichte Parese des linken Armes. — Zunehmen aller Symptome, häufiges Erbrechen, Neuro-Retinitis, Abmagerung, comatöse Anfälle. Tod in einem solchen Anfall 3. Februar 1882.

Bei der *Section* fand sich ein Tumor in der rechten Ponshälfte, ein weiterer Tumor am Boden des 4. Ventrikels in dessen linker Hälfte. Histologisch waren die Geschwülste als Gliome charakterisirt.

Pierson (Dresden).

---

6) **Jos. V. Drozda** (Wien): Neuropathologische Beiträge. (Neue Folge). (Wiener Medizin. Presse 1882. Nro. 17—42. Sep.-Abd.)

1. Frau von 49 J. erkrankt an eiteriger Pelviperitonitis und im Anschluss daran an Endocarditis ulcerosa. 8 Stunden vor der Aufnahme tritt angeblich bei klarem Bewusstsein plötzlicher totaler Verlust des Sprachvermögens und zwar reine *ataktische Aphasie* nebst geringer *Parese in den unteren Aesten des n. Facialis dexter* und *rechtsseitige Zungenlähmung* auf. Nach wiederholten, atypisch auftretenden Schüttelfrösten erfolgt 4 Tage nach der Aufnahme der Tod, nachdem am Tage zuvor noch *Ptosis des rechten Augenlides* eingetreten.

Die *Section* ergiebt ausser vielfachen sonstigen embolischen Prozessen — Embolie der A. cruralis sin., Infarcten in Milz und Nieren — eine *Embolie der A. fossae Sylvii* in ihrem peripheren Abschnitt, circumscripte Meningitis in der Umgebung des obturirten Arterienrohrs und *beginnende Erweichung der linken zweiten und dritten Stirnwindung sowie des unmittelbar angrenzenden unteren Abschnittes der vorderen Centralwindung.*

In den epicritischen Bemerkungen weist Vf. auf das häufige, bereits früher von ihm constatirte Mitbetheiligtsein der Rindencentren des Facialis bei derartigen Fällen von ataktischer Aphasie hin.

2. 60j. Frau. Zwei apoplectische Insulte mit einem Zwischenraum von einigen Monaten. Nach dem ersten Insult Hemiplegia dextra mit mässiger Contractur des total gelähmten rechten Arms und leichter Parese der unteren Aeste des rechten n. Facialis, Parese der Unterextremität sowie Herabsetzung der Intelligenz und häsitirende Sprache.

Nach dem zweiten Insult wird ausser Verstärkung der Lähmung der Unterextremität und sehr starker Contractur der Oberextremität auch eine sehr ausgesprochene Lähmung der rechtsseitigen Thoraxhälfte, Zurückbleiben beim Inspiriren — sowie Stammeln beobachtet. Während der 4 Tage bis zum Tode traten in unregelmässigen Zwischenräumen eigenthümliche *epileptiforme Anfälle* auf, die zuerst und vorwiegend die rechte gelähmte Körperhälfte betrafen und bei denen das *Bewusstsein vollständig intact* blieb. Die Dauer der Anfälle betrug jedesmal ca. 5 Minuten. Nach dem 4. trat Somnolenz und getrübtes Sensorium und nach dem letzten, einige Stunden vor dem Tode, Sopor ein.

Die *Section* ergab ein *taubeneigrosses Psammom der Dura über der linken Grosshirnhemisphäre mit Compression der hinteren Partieen*

der oberen und mittleren Stirnwindungen, der oberen Enden der beiden Centralwindungen, einschliesslich des Lobulus paracentralis, sowie der vordersten Partie des Präcuneus, Oedem der zunächst benachbarten Gehirnsubstanz.

Vf. hatte schon intra vitam, trotzdem ein ophthalmoskopischer Befund nicht zu erzielen war, die Diagnose auf Tumor mit Compression der motorischen Rindenpartieen gestellt, besonders auf Grund der eigenthümlichen epileptiformen Anfälle. Das plötzliche mit Bewusstseinslust verbundene Auftreten der Hemiplegie schreibt er einer plötzlichen Volumszunahme des Tumors zu. Die Lähmung der Extremitäten und des unteren Facialis wird durch Compression der Centralwindungen und des Lob. paracentralis leicht erklärt, während die Lähmung der Thoraxmuskeln nach D. wahrscheinlich durch die Compression der betreff. Partien des Stirnhirns bedingt wurde. (Diese Ansicht würde mit den neuesten experimentellen Resultaten von Munk — Ref. des Centralbl. 1882 Nro. 19 — gut übereinstimmen).

3. 58j. Frau mit altem Herzleiden — Insufficienz und Stenose beider Ostien des linken Herzens. Am Tage vor der Aufnahme apoplectischer Anfall mit bald vorübergehender Aphasie und vollständiger linksseitiger Hemiplegie. Auch die Lähmung der linken Gesichtshälfte war eine vollständige und erstreckte sich auf *alle Zweige* des Facialis. Beim Athmen Zurückbleiben der linken Toraxhälfte. Ausserdem Ptosis des linken oberen Augenlides. In den ersten Tagen der Beobachtung bestand auch bedeutende dysarthrische Sprachstörung, die später wesentlich besser wurde, während im Uebrigen die Lähmung in unveränderter Intensität bis zum Tode, der 6 Tage nach der Aufnahme erfolgte, fortbestand. Bemerkenswerth ist noch, dass die Sensibilität überall intact, die Reflexerregbarkeit aber im Gebiet des paralysirten Facialis aufgehoben, sonst aber in normaler Weise erhalten war.

Als Ursache des apoplectischen Insults ergab sich eine Embolie der A. fossae Sylvii dextra, hart an der Theilungsstelle derselben in den r. parietalis und parieto-temporalis. Es fand sich eine consecutive ausgebreitete Zelleninfiltration im Bereiche der *Insel, des Linsenkernes, der Capsula externa und des Claustrum, der dritten Stirnwindung, der unteren zwei Drittheile des Gyrus centralis anterior und des ganzen Gyrus centralis posterior, sowie der dem hinteren Ende der Sylvi'schen Spalte unmittelbar anliegenden Rindenpartien mit Einschluss der hinteren oberen Antheile der Schläfenwindungen*, insgesammt in der rechten Hemisphäre. Acutes Oedem in der umgebenden Gehirnsubstanz.

Vf. will bei halbseitiger Lähmung für die differentielle Diagnose zwischen Sitz der Läsion im Gebiete der Hirnrinde oder Centrum ovale einerseits und in den Stammganglien oder Capsula interna etc. andererseits hauptsächlich das Verhalten der Reflexerregbarkeit beachtet wissen, indem diese im ersteren Falle meist erhalten sein wird. Es konnte demzufolge im vorliegenden Falle die Diagnose auf Zerstörung der Centralwindungen und eines Theiles der Parietalwindungen (letzteres wegen der Ptosis), möglicherweise auch der dritten Frontalwin-

dung (wegen der temporären Aphasie) gestellt werden, während zugleich die Läsion der Facialisbahn bis tief in die basalen Ganglien hinabreichend angenommen werden konnte.

Dehn (Hamburg).

---

7) **William A. Hammond:** On the so-called family or hereditary form of locomotor ataxia. (Ueber hereditäre Ataxie.) (The journ. of nerv. et ment. disease. Nro. 3. 1882.)

H. citirt zunächst kurz die ersten 6 Fälle der oben genannten Form, auf die Friedreich (Virch. Arch. B. 26 und 27) bekanntlich die Aufmerksamkeit gelenkt hatte und unterzieht diese, sowie die späteren gleichartigen Beobachtungen desselben Forschers (l. c. B. 68) und Carré's einer Kritik. Es fehle an dem Bilde der „locomotorischen Ataxie“ die cutane oder muskuläre Sensibilitätsstörung, die Lähmung der Blase, das Schwanken bei geschlossenen Augen, das Gürtelgefühl, die Betheiligung der Pupillen. Der Gang sei nicht der characteristische, die dabei schon frühzeitig beobachtete Sprachstörung sei bei Tabes ganz ungewöhnlich, letztere bei Kindern überdies äusserst selten u. s. w. Die 3 Sectionen, welche Degeneration der Hinterstränge (einmal auch mit Betheiligung der medulla oblongata) ergeben hatten, seien in Anbetracht der Unzulänglichkeit der damaligen Untersuchungsmethoden nicht massgebend. Es folgen nun 6 von H. und 6 von Anderen beobachtete Fälle der gleichen Art. Dieselben betreffen Kinder von 6 Monat an bis zu 10 Jahren und vertheilen sich auf 5 Familien.

Die Pat. waren bis zum Ausbruch der Krankheit gesund. Heredität bestand nicht. Das erste Symptom war auch hier Schwäche in den unteren Extremitäten, die allmählig auch die oberen ergriff. Die Sprache war in bestimmter Weise verändert. Schmerzen fehlten fast ganz, die Pupillen blieben normal, der Gang war taumelnd, aber nicht eigentlich atactisch. Der „Sehnenreflexe“ wird nur in 2 Fällen Erwähnung gethan und dort fehlten sie. (Ebenso wie in allen zuletzt veröffentlichten Fällen Friedreich's). Das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts kann H. nicht bestätigen. Die sämmtlichen Beispiele, die zu seiner Kenntniss gekommen seien, betreffen 13 Individuen männlichen und 9 weiblichen Geschlechts. Er sei nun überzeugt, dass es sich dabei nicht um locomotorische Ataxie handele, sondern um eine besondere Krankheitsform. In Ermangelung von Sectionen zögere er, den primären Sitz des Leidens zu bestimmen, neige sich jedoch der Ansicht zu, dass derselbe in der Medulla oblong., resp. im Kleinhirn zu suchen sei, dafür spreche die „sorgfältige Betrachtung der Symptome“, ausserdem erinnere er daran, dass F. in einem Falle eine Betheiligung der Medulla oblongata an dem Processe gefunden habe. Die Affection des Kleinhirns vermuthe er auf Grund der Hinterkopfschmerzen und der Schwindelanfälle, die er bei einigen Fällen beobachtet habe, sowie des taumelnden Ganges und des Nystagmus.

Die Degeneration der Medulla sei eine secundäre. (Ref. erlaubt sich daran zu erinnern, dass F. selbst seine genannten Beobachtungen gar nicht zu den Fällen der eigentlichen „locomotorischen Ataxie“

rechnet. Indem er ebenso wie H. die Unterschiede hervorhebt, bemerkt er ausdrücklich, die Fälle seien als besondere, scharf characterisirte Form spinaler Degeneration aus dem Collectiv-Begriffe der Tabes dors. auszuscheiden. Er bezeichnet, wie er wiederholt sagt, mit der Benennung „locomotorische Ataxie“ nicht den Duchenne'schen Symptomencomplex, sondern er behält diesen Ausdruck nur bei, weil sich die atactischen Erscheinungen „wie ein rother Faden“ durch die eigenthümliche Affection hindurchziehen. Was den Sectionsbefund betrifft, so hat Fr. Schultze wenigstens eins der Präparate nach längerer Zeit nochmals untersucht, und Degeneration der Hinterstränge, sowie der grauen Substanz bis in die hinteren Abschnitte der Vorderhörner nachgewiesen. Friedreich nimmt auch ein Fortschreiten des Processes auf den Boden des 4. Ventrikels und der Hirnbasis als möglich an. Ob sich nun die Degeneration der Medulla primär vom Lendenmark oder secundär von der Medulla oblongata aus entwickelt, das ist eine Frage, die jedenfalls ohne weitere Sectionen nicht zu entscheiden sein dürfte.) Kron (Berlin).

---

8) **C. Féré:** Ataxie héréditaire, maladie de Friedreich, sclérose diffuse de la moelle et du bulbe. (Hereditäre Ataxie u. s. w.)

(Le Progrès méd. Nro. 45. 1882.)

Nach F. sollte die Bezeichnung: „hereditaere Ataxie“ nicht gebraucht werden, da dieselbe nur Verwirrung hervorruft. Es handelt sich bei dieser Krankheitsform nicht um eine Ataxie locomotrice progressive. Wenn man mit der oben angeführten Benennung besonders hervorheben will, dass bei dieser Rückenmarkserkrankung die Heredität als ätiologisches Moment eine hervorragende Rolle spielt, so darf nicht vergessen werden, dass dies auch bei der klassischen Tabes der Fall ist. Passender erscheint die Bezeichnung: „familiale Ataxie“, da die Entwicklung der Krankheit bei mehreren Kindern derselben Familie characteristischer ist als die neuropathische Heredität. — Die von Brousse gebrauchte Bennenung „Friedreich'sche Krankheit“, lässt F. sich gefallen, da diese Bezeichnung bezüglich der Natur der Krankheit nichts praejudicirt.

Während man dieselbe bisher für eine Affection des Pubertätsalters hielt, sind Fälle von Hammond veröffentlicht, in denen Kinder von 3 Jahren derselben erlagen. Sie zeigt sich auch nach dem 20. Lebensjahre. — Entgegen der früheren Annahme von Friedreich kommt sie häufiger beim männlichen Geschlecht vor. Von den 48 in der Literatur bekannten Fällen sind 28 Knaben und 16 Mädchen von der Krankheit befallen worden. Ihre Entwickelung bei mehreren Kindern derselben Familie lässt Verf. (mit Kahler und Pick) annehmen, dass es sich um eine erbliche Schwäche oder Entwicklungshemmung der Rückenmarksstränge handelt.

Bezüglich der ausführlich angeführten Symptome dieser Affection sei auf das Original verwiesen. Während Friedreich, Erb, Grasset u. A. dies Leiden als eine Form der Ataxie locomotrice betrachten, glauben Charcot und Bourneville, dass es sich hierbei um eine

Sclerose en plaques handelt. — Die Affection stellt gewissermassen eine Zwischenstufe zwischen den beiden angeführten Krankheiten dar, besitzt aber so viele Eigenthümlichkeiten, dass sie von einer jeden von ihnen unterschieden werden kann. —

Die Friedreich'sche Krankheit entwickelt sich gewöhnlich um die Pubertätszeit, während die Ataxie locomotrice in einem mehr vorgerückten Alter aufzutreten pflegt. Während in der erstern die sensitiven und sensoriellen Störungen fast gänzlich fehlen, sind die Alterationen der Sensibilität in der letzten constant und von Beginn an vorhanden. — Die motorischen Lähmungen des Auges, die Störungen der Urinentleerung fehlen in der Friedreich'schen Krankheit, dagegen sind sie häufig in der Duchenne'schen Ataxie.

Vergleicht man die uns beschäftigende Krankheit mit der Sclérose en plaques, so sind die Differenzen weniger auffallend. Die Sclérose en plaques kann sich ebenfalls um die Pubertätszeit entwickeln. Die beiden Krankheiten nähern sich in der That durch das Fehlen der sensitiven und sensoriellen Störungen, durch die Sprachstörungen, Schwindelanfälle, Integrität der Sphincteren u. s. w. Dennoch giebt es eine Menge von Symptomen, die die beiden Krankheiten von einander scheiden. —

Vom klinischen Standtpunkte aus scheint diese Krankheit für sich eine besondere Gruppe zu bilden. Sowohl in pathologisch-anatomischer wie in symptomatischer Hinsicht unterscheidet sich die sogenannte hereditäere Ataxie von der classischen Ataxie locomotrice.

Anstatt einer systematischen auf die hinteren Stränge beschränkten Läsion, handelt es sich um eine combinirte Sclerose der verschiedenen Rückenmarksstränge, welche allerdings sich besonders auf den hintern Strängen mit Vorliebe erstreckt, aber schnell die anderen Stränge ergreift. Es ist diese Krankheit eine diffuse Sclerose des Rückenmarks und der Medulla oblongata. Rabow (Berlin).

---

9) **St. Skobel** (Krakau): Bulbär-Symptome bei einem sekundär Syphilitischen. (Przeglad lekarski Nro. 39 u. 40. 82.)

S. schildert in ausführlicher Weise den status praesens eines 30jährigen, secundär Syphilitischen auf Grund dessen folgende Diagnose gestellt wurde: Neuritis optica oculi utriusque; paresis nervi facialis utriusque lateris et ramorum oris et palpebrarum; paresis ramorum oris praevalet in latere dextro, oculorum in latere sinistro. Paresis veli palati mollis et musculorum faucium. Syphilis secundaria recens recidivia sub forma condylomatum latorum ad angulum oris dextrum, arcus palatopharyngeos et ad cutem penis. Adenitis nuchalis et cubitalis ambilateralis mediocris, inquinalis dextra levis Anarthria. In ausführlicher differential-diagnostischer Besprechung werden Anämie, Hyperämie, Thrombose und Embolie, Haemorrhagie, Neubildung, sclerosis disseminata, akute und chronische Entzündung ausgeschlossen, so dass nur lues übrig bleibt. Der Kranke wird durch eine energische antisyphilitische Kur geheilt.

Landsberg (Ostrowo).

---

10) **A. Obalinski** (Krakau): Kritische Bemerkungen über zwei günstige Fälle von Schädeltrepanation. (Przeglad lekarski Nro. 41, 42 u. 43. 82.)

O. theilt ausführlich 2 Fälle von Schädelverletzungen mit, welche ihm zur Trepanation Anlass gaben. Im ersten Falle handelte es sich um eine zwei Wochen nach der Verletzung bei einem 45jährigen Manne eingetretene Hemiplegie der entgegengesetzten Körperhälfte, welche durch Trepanation und Entleerung etwa eines Löffels trüb gelblicher mit Hirnresten vermischter Flüssigkeit aus einer wallnussgrossen Höhle des Grosshirns beseitigt wird.

Der zweite Fall bot nur die Erscheinungen allgemeinen Hirndruckes bei einem 25jährigen Arbeiter dar, welcher unmittelbar nach der Verletzung in Behandlung kam. Hier handelte es sich um das Eindringen mehrerer Knochensplitter durch die harte Hirnhaut ins Hirn, welche durch das Heraussägen zweier Knochenringe entfernt wurden. Der Verlauf war in beiden Fällen ein günstiger.

Landsberg (Ostrowo).

---

11) **Nicolaus Dubay** (Budapest): Beitrag zur Therapie der Epilepsie. (Vortrag gehalten in der XXII. Wander-Versammlung der ungar. Aerzte und Naturforscher Aug. 1882.)

Nach dem *Vortragenden* ist die Epilepsie nicht nothwendig an patholog. Veränderungen des Gehirnes gebunden. Dies ist nur bei Psychosen der Fall. Er begründet dies damit, dass 1) die Epilepsie als hereditäre Krankheit eine jede patholog. Veränderung ausschliesst; 2) geht sie oft nach 15—25jähriger Dauer auch nicht in Dementia über, ja sie ist oft bei Genies vorhanden, wie dafür historische Namen sprechen, 3) liesse sich bei materiellen Veränderungen nicht erklären, wie manche während eines langen Lebens bloss ein bis zweimal epilep. Anfälle erleiden, während viele durch die mannigfachsten Reize epileptisch werden; 4) sind dem *Verf.* viele *Frauen* bekannt, die mit Beginn der Menstruation Anfälle bekamen, und beim Eintritt des Klimax dieselben wieder verloren, ohne dass irgend eine Psychose inzwischen aufgetreten wäre, 5) gelinge es oft durch centripetale Reizung des Nervensystems normale epileptische Anfälle auszulösen. 6) Auch gewisse Alcaloide rufen Epil. hervor; 7) bessern ja manche Arzneimittel die Anfälle, was bei krankhaften Alienationen des Gehirnes nicht der Fall sein könnte u. s. w.

Verf. hält die Annahme für plausibel, dass thierische Electricität bei der Epil. eine Rolle spiele, da von den als wirksam anerkannten Heilmitteln beinahe alle positive oder negative Metalle darstellen, die nur durch Modificirung der thierischen Electricität zu wirken vermögen, nur in dieser und deren Gruppirung findet auch Bulogh's Ansicht über lebendige Kraft und Spannkraft bei der echten Epil. ihre Erklärung.

Verf. hält demnach die Epilepsie für keine selbstständige Krankheit, sondern für eine *Reflexneurose,* die sich den verschiedensten centralen und peripheren Nervenkrankheiten als Symptom beigesellt, bis die veranlassende Ursache wegfällt. Alle Epilepsien, deren Ursache

zu entfernen ist, sind auch heilbar und viele jedenfalls einer beträchtlichen Besserung fähig.

Nach *Verf.* besteht die therapeutische Ohnmacht darin, dass man mehr die Symptome als die Grundlage zu beleben sucht, und dass die thierische Electricität und deren Gruppirung bisher in der Behandlung keine praktische Verwendung fanden. Nach seiner Ansicht verdanken die Metalle, die bei der Epilepsie in Anwendung kommen und oft günstig wirken, den heilenden Einfluss der ihnen innewohnenden Electricität, welche auch die thierische Electricität regulirt, gruppirt. In erster Linie kommt es bei den Metallen — bei denen vor allem ausfindig zu machen ist, auf welche der Organismus reagirt, *(Burquismus)* — auf ihre Electricität, und nicht auf ihre Löslichkeitsverhältnisse an, und darum emfiehlt *Verf.* die aus verschiedenen Metallen *auf electrogalvanischem Wege präparirten chemisch reinen Metallpulver* an, die er stets wirksamer gefunden als die Metallsalze, z. B. Arg. nitr., Bromkalium, Zinkpräparate etc.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

12) **Garel:** Innerliche Behandlung der Hysterie mit Blattmetallen. (Lyon médical 36, 37, 38. 1882.)

G. hat in 6 Fällen, wo er Blattmetalle oder Feilspäne anwendete, gute Erfolge gesehen. Er untersucht zuvor metalloscopisch. Das reine Metall zieht er den Oxyden und Salzen, von welchen er bei grossen Dosen gastrointestinale Störungen fürchtet, vor.

Rohden (Oeynhausen).

---

13) **Carl Laufenauer** (Budapest): Ueber die secundäre progressive Dementia paralytica. (Orvosi Hetilap Nro. 30. 31. 1882.)

Nach Verf. lässt sich im Allgemeinen gegen ein Verschmelzen gewisser Psychosen Nichts einwenden, doch bestreitet er die Richtigkeit dieser Hoestermann'schen Form, da scheinbar secundäre Erkrankungen primärer Natur sein können und oft Initialsymptome der Alienation schon der Demenz angehören, welche in ihrer Progression bloss *atypisch* verläuft. Selbst bei Zugrundelegung der zunehmenden Geistesschwäche hat man keine sichere Handhabe zur Beurtheilung, ob die Demenz der primären oder secundären Erkrankung angehöre. Entscheidend können nur Obductionsbefunde sein.

Folgende Erkrankungen sind jedoch bei Lösung dieser Frage a priori auszuschliessen:

1. Die bei Geisteskranken durch Hirntumoren hervorgerufenen Paralysen;

2. die dementia senilis; und 3. Lähmungen, die man bei den secundären Psychosen beobachtet.

Verf. neigt sich zur Ansicht Krafft-Ebing's, wonach das ganze Krankheitsbild auf einem Irrthum beruht, weil die Untersuchenden in solchen Fällen manche auf Paralyse deutende Symptome übersehen.

Verf. beobachtete unter vielen Fällen dieser Art nur zwei, wo er in Versuchung kam eine secundäre Paralyse anzunehmen, deren Obductionsergebniss ihn aber eines andern belehrte.

Im 1. Falle stellten sich bei einem Maniakalischen erst im 4. Jahre seiner Behandlung in der Landesirrenanstalt Zeichen einer Demenz ein. Die Section erwies dann partielle chron. Entzündung der äusseren Fläche der harten und weichen Hirnhüllen; geringer Hydrocephal. internus; *Atrophie der Stirnlappen* (Periencephalitis chron. diffusa.) Die Krankheit bedurfte zu ihrem vollkommenen Verlaufe 14 Jahre. Bis zum 14. Jahre konnte klinisch bloss periodische Manie diagnosticirt werden, zu welcher erst terminal Paralysien sich gesellten.

Jedoch *secundär* waren diese deshalb nicht, weil sämmtliche Erscheinungen durch die auf die Stirnhirnlappen beschränkte Periencephalitis entstanden sind.

Im 2. Falle war bei einem eminent *Verrückten* schon zum Schluss des ersten Jahres die Geistesschwäche fortschreitend aber bloss das *Silbenstolpern* lenkte die Aufmerksamkeit auf Paralysis progressiva. Diese war aber laut Obduction durch eine *Leptomeningitis basilaris chron. tuberculosa* bedingt, welche nach Verf. auch deshalb Beobachtung verdient, weil solche Processe bei exacten Diagnosen immer in Betracht gezogen werden sollten.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

---

14) **Bechterew** (Petersburg): Der Zustand der „Erstarrung" bei der Melancholia attonita. (Meschdunarodnaja klinika 1882 Nro. 5, russisch.)

Verf. entwirft in dieser Probelection ein sehr anschauliches Bild des genannten Zustandes. Er theilt die Symptome in psychische und physische, von denen ich aus den letzteren diejenigen heraushebe, deren Kenntniss durch den Verf. selbst gefördert worden ist. Das Körpergewicht fällt progressiv gleich vom Beginn der Krankheit an, steht dann eine Zeit lang und fängt dann bei Beginn der Besserung wieder an zu steigen. Dieses Steigen des Gewichtes ist häufig längere Zeit das einzige Zeichen der Besserung und ist gleichfalls progressiv, so dass das Gewicht vor der Erkrankung häufig überholt wird. Der Puls ist klein, schwach, leicht zu unterdrücken, häufig beschleunigt; die Curve tricrotisch mit kurzer aufsteigender Linie. Die Häufigkeit des Pulses entspricht meist nicht der Körpertemperatur; bei Verringerung der letzteren wird häufig starke Beschleunigung des Pulses beobachtet und umgekehrt. Die Innentemperatur steht in gesetzmässigem Verhältniss zum psychischen Zustande des Kranken. Anfangs hält sich die Temperatur des Rectum gewöhnlich über der Norm, sinkt dann und hält sich unter der Norm während der Dauer der psychischen Depression; je tiefer diese ist, je niedriger die Temperatur. Nur während der lebhafteren Delirien, welche auf kurze Zeit den starren Depressionszustand unterbrechen, erhebt sie sich wieder (bis 39^{0}). Bemerkenswerth ist der vom Verf. sog. typus anteponens der Innentemperatur, der darin besteht, dass die physiologischen täglichen Hebungen und Senkungen um 5—7 Stunden früher eintreten und aufhören als normaler Weise der Fall ist. Die Hauttemperatur ist entsprechend ihrer Anämie durchschnittlich abnorm niedrig, übrigens ist sie häufiger scheinbar unmotivirten Schwankungen unterworfen. Die Wärmeabgabe von Seiten der

Haut ist stets verringert. Die Menge des Harns und seiner festen Bestandtheile ist stets geringer als normal. Die meisten dieser Symptome ist Verf. geneigt auf Veränderungen der psychomotorischen Sphäre des Gehirns (im weitesten Sinne) zu beziehen.

Buch (Helsingfors).

---

15) **Amadei**: La capacita del cranio negli alienati. (Die Schädelcapacität Geisteskranker.) (Riv. sper. di fren. VIII. B. 3. H.)

Das Untersuchungsmaterial bestand aus 475 Schädeln von 195 männl. und 280 weibl. Kranken, welche in der Irrenanstalt zu Reggio gestorben waren; ausserdem wurden vergleichsweise die Maasse jener Schädel benützt, welche sich im anthropologischen Nationalmuseum zu Florenz befinden. Dabei ergaben sich für die Geisteskranken durchschnittlich höhere Schädelcapacitäten (1544 cm. für Männer, 1341 cm. für Frauen) als für die Geistesgesunden (1474 und 1316 cm.). Ueber 1650 cm. finden sich unter den Geisteskranken 18⁰/₀, unter den Gesunden bloss 8⁰/₀.

Die kleinsten Schädel gehören den Blödsinnigen und den Epileptikern an, die grössten werden bei Melancholikern angetroffen.

Obersteiner (Wien).

---

16) **Morselli**: Ricerche cliniche intorno all'azione ipnotica e sedativa della Paraldeide nelle malattie mentali. (Die schlafmachende und beruhigende Wirkung des Paraldehyd bei Geisteskrankheiten.) (Riv. sper. di fren. VIII. B. 3. H.)

Die nachfolgenden Untersuchungen sind gemeinschaftlich mit Bergesio angestellt.

Das Paraldehyd (C^6 H^{12} 0^3) ist eine farblose Flüssigkeit von scharfem Geschmack; es wirkt zunächst auf das Grosshirn, und dann auf das verlängerte Mark. Vor dem Chloralhydrat hat es vor Allem voraus, dass es den arteriellen Blutdruck nicht herabsetzt: es erzeugt einen ruhigen Schlaf, ohne vorhergehendes Aufregungsstadium, und ohne nachfolgende Kopfschmerzen oder Digestionsstörungen.

Das Präparat stammt von Trommsdorf in Erfurt und wurde 90 Mal angewandt, zum mindesten 2 Gramm pro dosi, auf einmal zu nehmen. Die Kosten sind unbedeutend höher als die von Chloral. Nur in 7 Fällen versagte das Mittel. In den anderen Fällen war es immer erfolgreich, und auch nach längerem Gebrauche ohne nachtheilige Nebenwirkung. Die höchste Dosis betrug 4 Gramm.

Die ersten Zeichen der Paraldehydwirkung sind: Abnahme der Willensenergie, Verlangen nach Ruhe, ein Gefühl von Müdigkeit in den Augenlidern, nach und nach sich steigernde Abnahme der Sensibität und der Reflexerregbarkeit. Von Seite der Circulationsorgane beobachtet man Abnahme der Pulsfrequenz, dabei regelmässigen und kräftigeren Puls. Ferner: Verminderung der Respiration, welche aber tiefer wird, manchmal trockner Husten, die Temperatur sinkt, vermehrte Absonderung eines blassen Urins. — Während des Schlafes ist die Reflexthätigkeit gänzlich (?) aufgehoben. Das Erwachen er-

folgt langsam, successive. — Viele Kranke bekommen nach dem Gebrauche des Mittels besseren Appetit; einige klagen, dass sie längere Zeit den Geschmack des Paraldehyd nicht los werden können. Das Paraldehyd erwies sich wirksam auch bei Kranken, welche mit Chloral nicht schliefen, oder bei denen eine Contraindication gegen letzteres bestand.

Das Mittel wurde in den verschiedensten Krankheitsformen mit dem gleichen guten Erfolg in Anwendung gebracht.

Obersteiner (Wien).

---

17) **Zierl** (Kaufbeuren): Gerichtlich-psychiatrische Mittheilungen. (Friedr. Bl. 1882, 5.)

1. Verbrechen des Mordes. Hereditär degeneratives Irresein von vorwiegend impulsivem Charakter.

Erhebungen aus den Akten. Am 5. November 78 schiesst der ledige Flur- und Nachtwächter E. S. in L. seinen 71jährigen Vater in den Rücken und verwundet ihn tödtlich. Nach der That benimmt er sich gleichgültig, apathisch, sagt, er sei seit 4 Wochen nicht mehr recht im Kopfe und hätte kein Gewehr nehmen sollen. Sein auffallendes Benehmen, indem er bei der Arbeit lispelt oder flucht, wird schon längere Zeit bemerkt. Ueber den Vater soll er sich öfter beklagt haben. Manchmal stiert er lange vor sich hin und ist dann wieder heiter. Oft betet er laut und beschwört den Teufel, von ihm zu lassen. Am Tage der That hat S. wenig gegessen und ist nach einem feindlichen Blick auf den Vater, der sich manchmal über seinen Appetit aufhielt, fortgegangen. Im Verhör gibt er an, dass er eigentlich eine Katze gejagt habe und dass ihm plötzlich der böse Feind eingegeben habe, seinen Vater zu schiessen. Der näheren Umstände der That erinnert er sich nicht. Der böse Feind hat es ihm schon lange eingegeben; jetzt wolle er bestraft sein. Der Vater sei schuld, dass er melancholisch sei.

Beobachtung in der Anstalt. S. ist 32 Jahre alt, von kräftigem Körperbau und gesundem Aussehen. Das linke Bein ist in Folge eines in der Kindheit erlittenen trauma schwächer, als das rechte. Die Sprache ist etwas hastig und undeutlich, besonders bei Aufregungen. Er verlangt gute Bewachung, weil ihn manchmal Geister antrieben, Andere zu beschädigen. Er verhielt sich anfangs ruhig, kümmerte sich um Niemand und starrte vor sich hin. Später sprach er leise mit sich, wurde unter Röthung des Gesichts unruhig, darauf wieder ruhiger. Diese Anfälle, die auch manchmal Nachts kamen, erklärte er damit, dass es jetzt wieder „minder" sei und dass er kämpfen müsse. Er ist stark hereditär belastet, indem in seiner Familie mehrere Fälle von Irresein vorkamen. Im Alter von 6—7 Jahren hatte er nächtliche Angstanfälle, schreckhafte Einbildungen, im 15. Jahre mehrmals Sonnenstich, Zwangsvorstellung verübter Geschlechtsvergehen. Seit 67 traten Gehörshallucination auf mit öfteren Remissionen, in denen er Präcordialdruck hatte und traurig war. Die Stimmen forderten ihn stets auf, Böses zu thun und sagten ihm, dass er nicht selig werde, störten ihn im Beten, forderten ihn zum Morde des Bruders oder des

Vaters auf. Der Vater hatte ihn stets schlecht behandelt. Die Stimmen waren am Tage der That besonders heftig und machten ihn für einige Zeit ganz sinnlos. Auch hatte er Druck auf der Brust, Schwindel und Ohrensausen. Die Stimmen kamen aus seiner Brust von einem bösen Geiste, waren Nachts und wenn er allein war am heftigsten. Manchmal hatte er schreckhafte Gesichtshallucinationen. Sonst benahm er sich gutmüthig und nicht unintelligent. Sein Gemüth wurde weicher, so dass er manchmal den Tod seines Vaters beweinte.

Der Fall ist ein rein hereditäres Irresein von degenerativem Charakter, das sich in impulsiven Erscheinungen äussert. Die Hallucinationen traten mit treibender Gewalt auf, wiewohl S. intellectuell über ihnen stand. Das impulsive Irresein ist gekennzeichnet durch den Beginn mit Zwangsvorstellungen, durch die geringe Zahl und Bedeutung der Wahnideen, das Krankheitsbewusstsein und die klare Beurtheilung des Zustandes, den stark remittirenden, in Bezug auf die Impulse sogar intermittirenden Verlauf, endlich durch die Warnung der Umgebung von Seiten des Kranken, daneben erinnern an Melancholie der Präcordialdruck und die Angstzustände, während der Erinnerungsdefekt, der Schwindel, Zittern und Schwitzen in den Anfällen epileptische oder epileptoide Züge sind. Es folgt eine psychologische Analyse des Zustandekommens der Strafthat, auf Grund deren S. ausser Verfolgung gesetzt wird und nach längerem Aufenthalte in der Anstalt geheilt entlassen wird.

2. *Vier Vergehen der Unterschlagung; Schussverletzung an der linken Schläfe. Reflexepilepsie mit Anfällen von epileptischem Irresein (sogenannte psychische Epilepsie).*

Der ledige C. L., Kolporteur, früher Mühlarzt, 34 Jahre alt, hatte im Mai 81 in Augsburg Sachen, die ihm Buchhändler E. zur Kolportage übergeben, verkauft und den Erlös für sich behalten. Das Gleiche hatte er mit mehreren Taschenuhren gemacht. In Regensburg verhaftet gab er zuerst Noth, später zeitweise in Folge einer Verwundung im Kriege 70/71 auftretende Geistesstörung, in der er sich einbilde, dass Alles ihm gehöre, als Motiv der Strafthat an. Buchhändler E. erklärt ihn für einen „Gispel", einen rappligen Menschen. Es stellt sich heraus, dass L. seit 72 an verschiedenen Orten 11 Mal verurtheilt worden ist, 8 Mal wegen Unterschlagungen, je einmal wegen Betrugs, Diebstahls und Sachbeschädigung. Am 27. September 81 wird L. der Anstalt zu sechswöchentlicher Beobachtung übergeben. Er ist kräftig gebaut, etwas blass, leidet seit seiner Verwundung bei Sedan oft an Schwindel und Kopfweh. An der linken Schläfe $^1/_2$ Cm. in den Knochen vertiefte, mässig angeheftete Narbe, ein Punkt in ihrer Umgebung empfindlich. Explorat lacht viel ohne Grund und ist sehr redselig, selbstbewusst, sehr höflich, dienstbeflissen. Manchmal ist er sehr reizbar, geräth leicht in Zorn, lässt sich aber eben so leicht beruhigen. Anfälle von auffallendem Erblassen kommen plötzlich, es folgt Stieren und ärgerliche Stimmung über sein Unglück, der er in lautem Jammern und Weinen Ausdruck gibt. Aerztliche Fragen rufen diese Anfälle leicht hervor, die manchmal ruhiger verlaufen, oft mit

Frost beginnen, meist mit starkem Schweiss enden, manchmal allmälig, manchmal plötzlich verschwinden und partiellen Erinnerungsdefekt zurücklassen. Die Anfälle dauern meist 3—5 Stunden. In der Nacht vom 30. zum 31. drei Anfälle von klassischer Epilepsie.

Die psychischen Anfälle beginnen mit von der Narbe ausgehendem Kopfschmerz, Parästhesien des Kopfes, Schwindel, sodann Verlust des Humors, Selbstmordgedanken, Zornmüthigkeit, unwiderstehlicher Drang fortzulaufen, Wahnvorstellung von grossem Reichthum, und dass Etwas, was er grade sehe, ihm auch gehöre. Nach den Anfällen Erinnerungsdefekt, Wüstheit im Kopf, Abgeschlagenheit. Auch bemerke er Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses, sowie der Sehkraft, Ausfallen der Kopfhaare, Intoleranz gegen geistige Getränke. Seit 9 Jahren habe er bestimmt die Anfälle. L. ist uneheliches Kind, erblich angeblich nicht belastet, hatte im 10. Jahre das Nervenfieber, wurde Mühlenbauer und hatte ein gutes Auskommen. Bei Sedan schwere Schussverletzung der linken Schläfe mit langdauernder Bewusstlosigkeit und folgender starker Eiterung. Heilung erst Ende 71 nach Abgang von Knochensplittern. Bei Anstrengungen eintretende Kopfkongestionen machen ihn für den früheren Beruf unfähig. Es folgt das Strafregister, wobei L. sich häufig der strafbaren Handlung nicht erinnern kann. Er schützt bezüglich derselben nicht Geisteskrankheit vor, behauptet nur, dass es seit seiner Verwundung manchmal bei ihm rapple. Seine Biographie, zu deren Niederschreibung er aufgefordert wird, führt er nur bis zu seiner körperlich veranlassten Berufsänderung fort und schliesst mit Klagen über sein Unglück.

L. leidet an epileptischen Krämpfen und epileptischem Irresein, welches anfallsweise auftritt und als Reflexepilepsie in Folge seiner Kopfverletzung zu erachten ist. Dass die psychischen Symptome nicht von Simulation herrühren, beweist die irrenärztliche Erfahrung, sowie das geschilderte Verhalten des Patienten. Auch seine Angaben über Bewusstseinsstörungen von 2 tägiger Dauer sind völlig glaubhaft. Die körperlichen Symptome lassen sich überhaupt nicht simuliren. Das Aufmerksammachen auf die zeitweise Störung erklärt sich durch die 10jährige Dauer des Leidens. L. zeigt auch die deutlichen Züge des sogenannten epileptischen Charakters in erhöhter Reizbarkeit vermischt mit unnatürlicher Heiterkeit. L. ist vor dem Kriege niemals bestraft. Was die Vergehen nach dem Kriege anbelangt, so wurde nur das erste, der Betrug mit Ueberlegung verübt. Auch besteht dafür kein Erinnerungsdefekt, wie für die 12 Vergehen der Uuterschlagung die sich fast stets auf dieselben Gegenstände beziehen. Diese periodische Wiederkehr auffallender Handlungen von gleicher Form und übereinstimmendem Inhalt ist für epileptisches Irresein sehr charakteristisch und erklärt sich aus der Gleichartigkeit der Anfälle, seien es Krampfanfälle, oder psychisch-epileptische Attaken, in denen bestimmte Delirien, Zwangsvorstellungen u. s. w. stets oder häufig vorkommen. Die Zwangsvorstellung des L. bewirkt Unterschlagung resp. Diebstahl, während sein Wandertrieb ihn aus dem Orte der Strafthat entfernt. L. wurde freigesprochen. Landsberg (Ostrowo).

III. Vereinsberichte.

I. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 29. October 1882. (Le Progrès méd. Nro. 45. 1882.)

Erbliche Uebertragung von traumatischen Läsionen.

18) **Dupuy** theilt mit, dass er bei jungen Meerschweinchen dieselbe Atrophie einer Gehirnregion gefunden, welche bei den Eltern die Durchschneidung des Halstheils des Sympathicus hervorgerufen hatte.

19) *Binauriculaeres Hören.* **Gellé** hat folgende schwer zu erklärende Beobachtung gemacht. Wenn man ein Kautschukrohr ans linke Ohr bringt und eine Stimmgabel neben dessen freiem Ende schwingen lässt, so bemerkt man bei leichtem Druck des Tragus gegen die Oeffnung des *rechten* Gehörganges, dass links der Ton sofort an Intensität zunimmt. Drückt man dagegen kräftig, so wird der Ton links schwächer. Derselbe verstärkt sich wieder bei Nachlass des Druckes. — Nach G. handelt es sich hierbei um eine sympathische Action auf den Accomodationsapparat.

Sitzung vom 11. November 1882. (Le Progrès méd. Nro. 46.)

20) *Physiologie des Plexus Solaris.* **Leven** hat Thieren verschiedene Pulver: Kohle, Mutterkorn, Drastica, Opium gegeben. Bei der Autopsie derselben fand er mehr oder weniger ausgesprochenen Intestinalcatarrh und Congestion der Leber und der Nieren. Daraus schliesst er, dass diese Substanzen auf den Plexus solaris wirken und dessen Innervationskraft modificiren. — Dieser Anschauung treten Laborde und Blot entgegen, indem sie sich die Physiologie des Sympathikus viel complicirter denken, als dies Leven thut. Man müsse vor Allem der irritativen Action der Substanzen und ihrer Allgemeinwirkung nach der Absorption Rechnung tragen. —

21) *Modification der Speichelsecretion durch Reizung des Gyrus sygmoideus.* — **Bochefontaine** hat gefunden, dass intensive Reizung einzelner Regionen der Hirnrinde vollständige Inexcitabilität zur Folge hat. Applicirt man den electrischen Strom auf einen Punkt des Gyrus sygmoideus, dessen vorherige Excitation eine reichliche Speichelsecretion hervorgerufen hatte, so tritt nichts mehr ein. Bringt man aber den Strom mit einem benachbarten Punkte in Berührung, so ist die Salivation wieder da und dieser neue Sitz der reflectorischen Secretion wird seinerseits wieder inexcitabel. Die von B. für diese Erscheinung abgegebene Erklärung ist im Original nachzulesen.

22) *In Gyps eingeschlossene lebende Thiere.* **Richet** zeigt eine während vier Monate in einem Gypsblocke eingeschlossene Schildkröte. Das Thier befindet sich am Leben und verdankt sein Heil der Unbeweglichkeit, welche das geringste Maass von Verbrauch gestattet.

Rabow (Berlin).

II. Académie des sciences zu Paris.

Sitzung vom 20. Februar 1882.

23) Milne Edwards theilt Erfahrungen **Hartings** in Utrecht mit über *die Gefahren des Hypnotisirens.* Hühner fingen nach häufigem

Hypnotisiren zu hinken an, bekamen Hemiplegieen und starben. Er fordert zur Vorsicht in der Häufigkeit des Hypnotisirens von Menschen auf.

24) **Bonnafond** verliesst eine Arbeit darüber, dass *nervöse Symptome, wie Schwindel, Taumeln, Gleichgewichtsstörungen etc., die meist den halbzirkelförmigen Kanälen zugeschrieben werden, erzeugt werden können durch einfachen Druck auf die membrana tympani oder fenestra ovalis,* durch Ohrenschmalzpfröpfe, Fremdkörper, Polypen oder durch Schleim- und Eiteranhäufung in der Paukenhöhle.

Rohden (Oeynhausen).

III. Psychiatrischer Verein (russisch) zu St. Petersburg.

(Originalbericht.)

25) Dr. **Bechterew** hielt im (russischen) psychiatrischen Verein am 2, (14.) October a. p. einen Vortrag über die Resultate seiner *Versuche mit der Durchschneidung des Acusticus bei Hunden.* Der modus operandi bestand in Folgendem. Am narcotisirten Thiere wurde ein schräger Schnitt durch die Nackenmuskeln unterhalb und parallel dem vom Tuber occipitale zum proc. mastoideus gehenden Knochengrath bis auf den Knochen geführt und dann mittelst Trephine oder Bohrer eine Oeffnung ein wenig oberhalb und seitlich vom Atlashinterhauptsgelenke, an der Stelle, wo bei Hunden die Hinterhauptsschuppe am dünnsten erscheint, gemacht. In diese Oeffnung wurde ein Neurotom an der hinteren Fläche des Pyramidenbeins nach unten und vorn eingeführt und der Acusticus am Foramen acusticum internum durch Niederdrücken des Messers durchschnitten.

B's Beobachtungen führen ihn zu folgenden Schlüssen:

1) Die einseitige Durchschneidung des Acusticus ruft beim Hunde zwangsweise Rollbewegungen um die Längsaxe des Körpers auf die lädirte Seite hin hervor, wobei die bei Verletzung des Centralgraus im hintern seitlichen Abschnitte des 3. Ventrikels, der Verletzung einer Olive oder der Kleinhirnschenkel auftretenden Erscheinungen — Deviation der Augen, Nystagmus, Ablenkung des Kopfes und des Rumpfes nach der verletzten Seite hin u. s. w. — gleichfalls auftreten.

2) Diese Zwangsbewegungen erscheinen ununterbrochen nur in der ersten Zeit nach der Operation, während sie in der Folge paroxysmenartig mit dazwischen liegenden Ruhepausen auftreten; in der Periode der Ruhe nehmen die Thiere eine Zwangslage auf der verletzten Seite hin ein. Später hören die Rollbewegungen ganz auf und werden durch Manège (Kreis-) Bewegungen gewöhnlich in der Richtung der verletzten Seite ersetzt; dabei treten deutliche Störungen des Gleichgewichtes auf, indem die Thiere eine Neigung zum Fallen auf die lädirte Seite hin verrathen.

3) Diese Erscheinungen treten auch bei Thieren auf, deren Gehirnhemisphären zerstört oder durch Narcose ausser Thätigkeit gesetzt sind, müssen also als reflectorische aufgefasst werden.

4) Die Grosshirnhemisphären müssen übrigens einen gewissen Einfluss auf die beschriebenen Erscheinungen ausüben, da diese nach Zerstörung der Grosshirnhemisphären allmählig schwächer werden und

nicht mehr spontan, wie bei nichtenthirnten Thieren, sondern nur auf äussere Reize wieder auftreten.

5) Zur Erzielung dieses letzten Effectes (Schwächerwerden der Rollbewegungen, des Nystagmus u. s. w.) genügt eine einfache ausgedehntere Zerstörung der Oberfläche der Stirn- und Scheitellappen.

6) Doppelseitige Durchschneidung des Acusticus erzielt vorwiegend ausgesprochene Störungen des Gleichgewichts, indem die Thiere bei mangelnder Lähmung der Extremitäten weder stehen noch gehen können.

7) Die bei einseitiger Durchschneidung des Acusticus auftretenden Störungen hängen unmittelbar von einer Dysharmonie zwischen den bei der Operation verletzten und den unversehrt geblieben halbzirkelförmigen Canälen ab, indem die erstern nicht mehr die „ampullären" Sensationen durch das Kleinhirn zu den motorischen Leitungsbahnen fortpflanzen, während letztere (die unversehrten Canäle) solches thun. Diese Dysharmonie erreicht, wie es scheint, die Centren des Bewusstseins, welche ihrerseits durch Schwindel dagegen reagiren.

8) Diese Auffassung könnte auch für jene motorischen Störungen geltend gemacht werden, welche nach Zerstörung der 2 andern, gleich den halbzirkelförmigen Canälen mit der Gleichgewichtserhaltung im Zusammenhange stehenden Organe, des centralen Grau's des 3. Ventrikels und der Oliven, auftreten.

10) Die Goltz'sche Hypothese von den Druckschwankungen in der Endolymphe genügt zur Erklärung der Functionen der halbzirkelförmigen Canäle, bedarf also noch der factischen Bestätigung.

11) Die halbzirkelförmigen Canäle stellen Organe vor, welche das Gleichgewicht nicht nur des Kopfes, sondern auch des ganzen Körpers erhalten und sind mit dem Hörorgan functionell eng verbunden.

12) Der Einfluss der Gehörseindrücke auf die Bewegung und das Verhalten des körperlichen Gleichgewichtes wird wahrscheinlich durch die halbzirkelförmigen Canäle vermittelt.

Diese Mittheilung wurde von einer Demonstration der operirten Thiere und der betreffenden anatomischen Präparate begleitet..

Hinze (St. Petersburg).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

26) Aus Darmstadt. Die Commission, welche die Frage über die Ueberbürdung der Schüler an den höheren Lehranstalten zu prüfen hatte, hat nach mehr als 3stündiger Generaldebatte fast einstimmig beschlossen, dass die Ueberbürdung im Allgemeinen zu bejahen sei und hat beantragt, die von ihr gefassten Beschlüsse auch auf die höheren Mädchenschulen und die Lehrerinnenseminarien in entsprechender Weise anzuwenden.

V. Neueste Literatur.

1. Moritz Meyer: Die Electricität in ihrer Anwendung auf praktische Medicin. Berlin, Hirschwald. IV. Aufl. gr. 8⁰. 14 M.
2. Erb: Handbuch der Electrotherapie. II. Hälfte. Leipzig, Vogel. 8 M.

3. Ball: Leçons sur les maladies mentales. Troisième fascicule. — Des causes de la folie (suite et fin). Broch. in-8 de 60 pages. 3 fr. 50. Paris, Asselin und Co.
4. Tripier: L'électricité en médecine. — Conférence à l'Exposition internationale d'électricité de Paris (1881). — Extrait du Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale. Broch. in-8 de 32 pages. Paris, O. Doin.
5. Guermonprez: Etude sur la dépression du crâne pendent la seconde enfance. Broch. in-8 de 29 pages, avec 1 pl. hors texte. Paris, Asselin et Cie.
6. Garnier: Hygiène de la génération. — La stérilité humaine et l'hermaphrodisme. 1 vol. in-18 de 350 pages. Paris, Garnier. 3 fr. 50.
7. Lisso: Zur Lehre von der Localisation des Gefühls in der Grosshirnrinde. Inaug.-Diss. Berlin 1882.
8. Magnan: Leçons cliniques sur l'épilepsie faites a l'asile Sainte-Anne. 8⁰. 84 pag. avec 2 pl. Libr. du progrès medicale. Paris. 3 fr.

Thèses de Paris vom 23. October bis 9. December 1882.

9. Kemhadjiam-Mihran: Contribation á l'étude de la paralysie bilatérale du dilatateur de la glotte.
10. Robin: De l'alimentation artificielle et des poudres alimentaires.
11. Putnam: Recherches sur les troubles de l'appareil vaso-moteur dans le tabes.
12. Castang: De la marche du délire chronique.
13. Sammsoen: Etude sur la paraplégie saturnine.
14. Guilliot; Des vésicules séminales (anatomie et physiologie).
15. Thibeault: Essai clinique sur le tremblement sénile.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. S. (Prov.-Irr.-Anst.) II. Volontairarzt, sofort, 1200 M. freie St. I. Classe. 2) Bunzlau (Prov.-Irren-Anstalt) Director. 4000 M., freie Wohnung, Garten etc. Meldungen an den Landeshauptmann von Schlesien, Herrn von Uthmann in Breslau. 3) Saargemünd (Lothr. Bez.-Irrenanstalt), II. Assistenzarzt sofort, 1000 M. freie Station. Französische Sprachkenntniss erforderlich. 4) Ueckermünde (pomm. Prov.-Anst.) Director. 6000 M., Dienstwohnung etc. Meldungen an den Landesdirector der Prov. Pommern, Dr. Freiherrn von der Goltz in Stettin. 5) Bernburg (Landes-Heil- und Pflege-Anstalt für Geisteskranke), Assistenzarzt, 1. Januar 1883, 1500 M., freie Station I. Classe; psychiatrische Vorbildung erforderlich. 6) Stephansfeld-Hoerdt (elsäss. Bez.-Irren-Anstalt) Assistenzarzt, 1. Jan. 1883, 900 Mark, freie Station. 7) Die Kreisphysicate Burgk (Greiz), Delitsch (Merseburg), Gnesen, Geilenkirchen, Münsterberg (Breslau), Oberbarnim, Amtssitz Freienwalde a. O. (Potsdam), Salzwedel (Magdeburg).

Ernannt. Dr. Pilippi zum Phys. des Kreises Ostpriegnitz (Wohns. Kyritz).

Todesfälle. Prof. Dr. Köstl in Graz, ehemal. Director der prager Irrenanstalt. Geh. San.-Rath Dr. Hasse in Breslau. San. Rath Dr. Lothar Meyer in Berlin. San.-Rath Dr. Kanzler, Phys. in Delitsch.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. **15. Januar 1883.** **Nro. 2.**

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Ueber die Empfindlichkeit der Haut gegen elektrische Reize. Vorläufige Mittheilung von Dr. P. J. Möbius.

II. REFERATE. 27) J. Stilling: Untersuchungen über den Bau der Centralorgane. 28) P. Grützner: Ueber das Wesen der elektrischen Oeffnungserregung. 29) Emil Kraepelin: Ueber die Einwirkung medicamentöser Stoffe auf die Dauer einfacher psychischer Vorgänge. 30) Isaac Ott: Die Bahn der vasomotorischen etc. Nerven. 31) J. E. Shaw: Gliom der rechten Hemisphäre. 32) H. D. Schmidt: Tumor des IV. Ventrikels. 33) N. E. Brill: Zwickelläsion und Farbenblindheit. 34) Ross: Labio-Glosso-Pharyngeallähmung cerebralen Ursprungs. 35) E. Remak: Spinallähmung. 36) v. Krafft-Ebing: 3 Gutachten über zweifelhafte Geisteszustände, (Konkurrenz von Belastung, Trunk und Affekten.)

III. VEREINSBERICHTE. 37) Kernig: Ueber ein Krankheitssymptom der acuten Meningitis. 38) Hirschberg: Sehstörung bei Paralytikern. 39) Gnauck: Fall von Hemiopia heteronyma lateralis.

IV. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 40) Aus Berlin. V. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Ueber die Empfindlichkeit der Haut gegen elektrische Reize.

Vorläufige Mittheilung von Dr. P. J. MÖBIUS.

Untersuchungen über die Empfindlichkeit der Haut gegen elektrische Reize haben Leyden und Munk, Bernhardt, Drosdoff, Watteville und Tschirjew angestellt. Ich glaube diese Arbeiten als den Fachgenossen bekannt ansehen zu dürfen. Leyden's Methode bestand darin, dass 2 nur 1 Ctm. von einander abstehende, metallene Zirkelspitzen, welche mit den Polen einer secundären Inductionsspirale verbunden waren, auf die Haut aufgesetzt wurden und nun die secundäre Spirale auf dem Dubois'schen Schlitten soweit vorgeschoben wurde, bis eine eben wahrnehmbare Empfindung entstand. Bernhardt (Die Sensibilitätsverhältnisse der Haut. Berlin, 1874.) bediente sich derselben Methode. Drosdoff, welcher bei Erb arbeitete, setzte die An als breite feuchte Platte auf das Sternum, die Ka als glatt abgeschnittenen Metallpinsel leicht auf die zu prüfende Hautstelle. Die Resultate dieser 3 Autoren stimmen im Grossen und

Ganzen überein. Sie fanden, dass die elektrische Empfindlichkeit an den verschiedenen Hautstellen relativ geringe Unterschiede zeigt, dass die Haut des Gesichtes empfindlicher ist, als die des Rumpfes, dass letztere der der oberen Glieder nahesteht und die der unteren Glieder übertrifft, dass am wenigsten empfindlich Hand- und Fussflächen sind.

Um die zu verschiedenen Zeiten an verschiedenen Apparaten von verschiedenen Untersuchern gewonnenen Resultate bequem vergleichen zu können, erscheint es zweckmässig, die Tabellen so umzurechnen, wie ich es auf der unten folgenden Tabelle gethan habe. Sieht man davon ab, dass Drosdoff an der Zunge eine geringere Empfindlichkeit fand als an der übrigen Gesichtshaut, so ist im Weiteren die Uebereinstimmung der Autoren gross genug. Die Differenzen können wohl durch die Verschiedenheit der individuellen Verhältnisse erklärt werden.

Watteville und Tschirjew nun haben auf Grund von allerhand physikalischen und physiologischen Erwägungen, welche mir an mehreren Punkten angreifbar zu sein scheinen, eine neue Methode vorgeschlagen. „Um die Fehler zu vermeiden, welche der wechselnde Reichthum der verschiedenen Hautstellen an Nervenenden bedingen könnte, müsse die Haut immer an der gleichen Zahl von Punkten gereizt werden“ (?). Sie erreichen dies durch eine Elektrode, welche aus einem cylindrischen Bündel gegen einander isolirter Metallfäden mit glatter Endfläche besteht. Um ferner den wechselnden Körperwiderstand zu eliminiren, müsse man in den Stromkreis der sec. Spirale einen so grossen Widerstand einfügen, dass ihm gegenüber der Körperwiderstand unwesentlich sei. Sie schalteten also zwischen ihrer Reizelektrode und der Spirale ein Stück schlechtleitenden Stoffes von mehr als 3 Millionen Ohm Widerstand ein. Wie dieser Widerstand berechnet wurde, sagen sie nicht. Die indifferente Elektrode stand als breite Platte auf dem Rücken. Ein Dubois'scher Apparat mit 2 Bunsen'schen Elementen wurde gebraucht und durch Vorschieben der sec. Rolle das Empfindungsminimum bestimmt. W. und Tsch. glauben auf diese Art die Empfindlichkeit „der Hautnerven selbst“ gemessen und diese überall gleich gefunden zu haben. Nur geringe Differenzen (bis 1 Ctm. Rollenabstand) ergaben sich.

Bernhardt hat, nach einer kurzen Mittheilung, mit einer einen grossen Widerstand einschliessenden Elektrode „ähnliche“ Resultate wie W. und Tsch. erhalten. Ribalkin, nach mündl. Mittheilung, hat, indem er genau die beschriebene Methode anwendete, die Empfindlichkeit am ganzen Körper (bei Hospitalkranken) gleich gefunden „bis auf das Millimeter“.

Die Ergebnisse von W. u. Tsch. sind so überraschend, die brutale Gleichförmigkeit, welche die Empfindlichkeit der Hautnerven zeigen soll, widerstrebt so sehr den gewohnten Anschauungen, dass weitere Untersuchungen nöthig erschienen.

Bei meinen Versuchen ging ich zunächst von der Erwägung aus, dass ein sehr grosser Widerstand am einfachsten dadurch in den Stromkreis der sec. Spirale eingeschaltet wird, dass man nur mit ei-

nem Pole reizt, während der andere zum Fussboden abgeleitet wird. Verbindet man den 2. Pol mit der Gasleitung, so ist die Wirkung der unipolaren Reizung bei Verwendung eines gewöhnlichen Schlittenapparates kräftig genug, um den Reiz gehörig abstufen zu können. Als Reizelektrode verwendete ich einen Pinsel mit ganz weichen, metallisch übersponnenen Fäden, welcher so leicht auf die trockene Haut aufgesetzt wurde, dass er sie nur eben berührte. Nachdem er in der Lage war, wurde die. sec. Rolle langsam vorgeschoben und bei Eintritt der Empfindung der Rollenabstand notirt. Es ist nöthig immer auf diese Weise zu verfahren, nicht von einer höheren Stromstärke herabzugehen und zu bestimmen bis wohin der Strom *noch* gefühlt wird. Auf letztere Art erhält man durchgehends höhere Werthe. Ferner ist nöthig, nach Schluss der Untersuchung den Anfang zu wiederholen, da die bei Inductions-Apparaten verwendeten Tauch- und Leclanché-Elemente bei länger dauernden Versuchen oft durch Polarisation an Kraft verlieren und somit die zuletzt gewonnenen Werthe zu niedrig ausfallen. Findet man aber nach Schluss des Versuches an den zuerstuntersuchten Hautstellen gleiche Werthe wie im Beginn, so ist diese Fehlerquelle ausgeschlossen. Die Resultate, welche ich bei unipolarer Reizung erhalten habe, sind in Tabelle IV. verzeichnet. Alle Versuche habe ich mehrmals und an mehreren Personen gemacht. Jedoch gebe ich keine Mittelzahlen, sondern das Protocoll eines an mir vorgenommenen Versuches.

Ferner habe ich Versuche gemacht mit Einschaltung eines grossen Widerstandes zwischen Reizelektrode und sec. Spirale. Ich verwendete dazu Glasröhren, welche mit destillirtem Wasser oder mit absolutem Alkohol gefüllt waren. Oben und unten wurde die Röhre mit Gummistöpseln verschlossen, dieselben waren von Metallstäben durchbohrt, welche in Kohlenknöpfe endigten. Durch Verschiebung dieser Stäbe konnte bald eine längere, bald eine kürzere Flüssigkeitssäule eingeschaltet werden. Der Widerstand einer Säule absoluten Alkohols von 3 Ctm. Durchmesser und 7 Ctm. Länge betrug an Böttcher's Galvanometer nach der von ihm angegebenen Methode (Zeitschr. f. angewandte Electricitätslehre etc. 1882) gemessen ca. 149000 S. E. Der Widerstand meines Körpers von Handfläche zu Handfläche auf gleiche Weise gemessen betrug 3600 S. E. Nahm ich enge oder sehr lange Glasröhren, deren colossalen Widerstand zu messen ich keine Mittel hatte, so wurde, wenigstens bei meinen Apparaten, der Strom so geschwächt, dass er keine Empfindung erregte oder dass eine Abstufung des Reizes nicht mehr möglich war. Ein Protocoll der Versuche bei 150000 S. E. W. ist in der Tabelle unter V. wiedergegeben.

Die besten Resultate würde man vielleicht erhalten, wenn man sei es unipolar, sei es bei Einschaltung sonstiger grosser Widerstände und mit Oeffnungsschlägen reizte. Leider reichte hierzu die Kraft meiner Apparate nicht aus. Dagegen habe ich eine Anzahl Versuche gemacht derart, dass die An auf dem Sternum oder in der linken Hand ruhte, die Ka als weicher Pinsel auf der Reizstelle stand und nun mit je 3 Oeffnungsschlägen gereizt wurde. Die Resultate (s. unten VI.)

weichen von denen Leyden's beträchtlich ab, gleichen am meisten denen Bernhardt's und Drosdoff's.

Bei Vergleichung der verschiedenen Zahlenreihen der Tabelle wird man finden, dass sehr grosse Differenzen zwischen ihnen nicht bestehen. Immer ist die Gesichtshaut am empfindlichsten, sind die unteren Glieder weniger empfindlich als die oberen, bilden Hand- und Fussfläche einen Gegensatz gegen die übrige äussere Haut. Bei IV. und V. nimmt die Zunge einen niedrigeren Stand ein, ist der Gegensatz zwischen Hand- und Fussfläche und der übrigen Haut grösser als bei I.—III. und V.—VI., sind die Unterschiede zwischen Gesicht, Rumpf und Gliedern etwas geringer. Dass diese Unterschiede bei irgend einer Methode ganz verschwinden sollten, ist mir sehr unwahrscheinlich. Watteville und Tschirjew suchen ihre Ursache allein in dem wechselnden Widerstand des Körpers. Ich glaube überhaupt nicht, dass der Widerstand der Epidermis, welche hauptsächlich oder bei einigen Methoden ausschliesslich in Betracht kommt, die Hauptrolle spielt. Vielmehr dürfte die verschiedene Erregbarkeit der Hautnerven, resp. der Centralorgane viel wichtiger sein. Wir wissen Alle, dass die Empfindlichkeit abhängt von der Uebung. Der Arzt lernt allmählig mit den Fingerspitzen sehr geringe Temperaturunterschiede empfinden, der Tuchhändler fühlt an den Kleiderstoffen Unterschiede, die der gewöhnliche Mensch nicht fühlt, der Raumsinn nimmt während der Untersuchung zu u. s. w. Es ist daher wahrscheinlich, dass diejenigen Theile des Körpers, welche bei Thieren und Menschen von jeher im Fühlen geübt wurden, empfindlicher sind als andere, dass bei ihnen der Schwellenwerth des Reizes ein kleinerer ist. Allerdings sind die Verhältnisse ziemlich complicirt, da die Untersuchung ergiebt, dass je nach der Art des Reizes die einzelnen Hautpartien betreffs ihrer Empfindlichkeit sich verschieden gruppiren. Vieles aber dürfte sich vom Gesichtspunkt der Uebung erklären. Vielleicht kann die relative Unempfindlichkeit der Volarseite von Hand und Fuss gegen schmerzhafte Reize, wie der faradische Strom einer ist, nicht allein durch die dickere Epidermis dieser Theile erklärt werden. Der letzteren Aufgabe ist, die Beschaffenheit der Objecte zu bestimmen, lebhafte Schmerzempfindlichkeit würde dabei nur störend sein. Es ist daher begreiflich, dass im Laufe der Entwickelung ihr Tastsinn und Drucksinn sich ausbildete, ihre Schmerzempfindlichkeit nicht. Aehnliches gilt von der Zunge. Die Schmerzempfindlichkeit der Gesichtshaut dagegen ist gross, weil hier der Schmerz vor der Verletzung edler Theile warnend, nützlich ist.

Der wechselnde Reichthum der verschiedenen Hautpartien an sensiblen Nerven, resp. Endorganen ist zur Erklärung der wechselnden Empfindlichkeit gegen elektrische Reize nicht zu brauchen. Auch die kleinste Elektrode wird immer noch ein oder einige Endorgane treffen. Die Zahl derselben aber kann, wenn es sich um das Empfindungsminimum handelt, nicht von wesentlicher Bedeutung sein, denn das Centralorgan analysirt die Empfindung und unterscheidet deutlich zwischen der Intensität des Reizes und der Grösse der gereizten Fläche. Die von

Tschirjew und Watteville empfohlene Elektrode kann daher nicht den Sinn haben, die Variante auszuschalten, welche in dem wechselnden Reichthum der verschiedenen Hautpartien an Nervenenden besteht, sondern nur den, die gleiche Dichtigkeit des Stromes dadurch, dass eine immer gleiche Zahl von Drahtenden die Haut berührt, zu gewährleisten. Ich habe mit der von Erb (Lehrbuch der Elektrotherapie. S. 163.) angegebenen Elektrode, welche offenbar der von W. und Tsch. gleicht, vielfache Versuche angestellt, finde aber, dass der erwähnte Vortheil reichlich aufgewogen wird durch den Nachtheil, welcher darin liegt, dass sie nicht mit der nöthigen Leichtigkeit auf die Haut aufgesetzt werden kann. Erb sowohl wie W. und Tsch. empfehlen die Elektrode mässig fest aufzusetzen, letztere haben bei ihren Versuchen den Druck durch das Barästhesiometer auf 15 gr. normirt. Mir scheint aber, dass, will man den Reiz auf die Haut beschränken, jeder Druck vermieden werden muss. Setze ich bei unipolarer Reizung den Pinsel leicht auf die Zungenspitze, so empfinde ich bei bestimmtem Rollenabstand das characteristische Stechen, setze ich die Erb'sche Elektrode mässig fest auf, so empfinde ich, selbst wenn die Rollen sich decken, gar nichts. Gebrauche ich Erb's Elektrode in gewöhnlicher Weise, so empfinde ich kein auf die Haut beschränktes Stechen, sondern es tritt eine Empfindung ein, welche mir aus den Empfindungen der Haut selbst, aus excentrischer Sensation, aus dem Gefühl der Muskelcontraction, aus den Empfindungen des Periostes etc. gemischt zu sein scheint. Will man die elektrische Empfindlichkeit der Haut selbst prüfen, so muss man die Reizung auf die Haut beschränken. Dies aber geschieht nur, wenn jeder Druck vermieden und die Haut ganz trocken erhalten wird (ev. durch Bepudern). Bei fest aufgesetzter und befeuchteter Elektrode geht der faradische Strom durch die Haut hindurch, fast ohne sie zu reizen. Es ist bekannt, dass, wenn die feuchte Elektrode über einem faradisch nicht erregbaren Muskel aufgesetzt wird und knöcherne Theile oder grössere Nervenstämme nicht gedrückt werden, selbst bei starken faradischen Strömen kein Schmerz entsteht trotz vollständig normaler Sensibilität der Haut. Ich glaube daher, dass zur Prüfung der Hautempfindlichkeit nur der Pinsel zu brauchen ist, ohne damit gegen die practische Brauchbarkeit der Erb'schen Methode etwas einwenden zu wollen, sofern sie nur die Empfindlichkeit überhaupt bestimmen will.

Die Darstellung eines Schmerzminimums neben bem Empfindungsminimum halte ich für unzweckmässig. Es mischen sich bei den nöthig werdenden höheren Stromstärken der Hautempfindung immer die Empfindungen der tiefer liegenden Theile bei und von deren Empfindlichkeit wird vielfach das Resultat abhängen. Während z. B. das Empfindungsminimum an Stirn und Wange bei nahezu derselben Stromstärke eintritt, wird an der Stirn das Schmerzminimum beträchtlich früher erreicht, offenbar weil unter der Stirnhaut das empfindliche Periost liegt.

In Bezug der Qualität der Empfindung bei elektrischer Reizung scheint es mir von vornherein sehr unwahrscheinlich, dass dieselbe

eine spezifische sei. Diese Annahme lässt sich schwer vereinigen mit den Vorstellungen, welche man jetzt über die Entwickelung animaler Fähigkeiten zu hegen pflegt, und ist auch vom teleologischen Standpunkt nicht recht verständlich. Allerdings macht die faradocutane Reizung einen fremdartigen Eindruck, was vielleicht hauptsächlich darauf beruht, dass sie aus einer Reihe rasch folgender Reize besteht. Beseitigt man diesen, den Untersuchten leicht verwirrenden Umstand dadurch, dass man sich nur der Oeffnungsschläge bedient und beschränkt man durch Anwendung eines passenden Pinsels, ev. durch Bepudern die Reizwirkung auf die Haut selbst, so habe ich wenigstens von gebildeten Versuchspersonen stets den Bescheid bekommen, dass die Empfindung sich in nichts von der durch eine spitze Nadel hervorgerufenen unterscheide. An mir selbst mache ich die gleiche Beobachtung und finde, dass das elektrische Stechen, ebenso wie das einer feinen Nadel, von vornherein schmerzhaft ist. Sobald die Empfindung deutlich ist, stellt sie einen leichten stechenden Schmerz dar. Ich stelle mir vor, dass die einzelnen Stromfäden, welche die sensiblen Endorgane erreichen, auf dieselben ganz so wirken wie Nadelstiche, und glaube, dass die Resultate der elektrocutanen Reizung und der Untersuchung mit der Nadel bei Gesunden und Kranken die gleichen sind. Bekanntlich hat man gefunden, dass im Allgemeinen die Veränderungen der elektrocutanen Empfindlichkeit parallel gehen den Veränderungen der Schmerzempfindlichkeit und nur bei einigen Kranken (bes. Tabeskranken) glaubt man ein abweichendes Verhalten beobachtet zu haben. Auf diese pathologischen Verhältnisse einzugehen, behalte ich mir für später vor.

Die Autoren sprechen bei faradischer Hautreizung von einem eigenthümlichen „Singern und Kribbeln, Zingern und Ziehen“. Sofern diese Ausdrücke etwas anderes besagen sollen als die Empfindung rasch sich folgender Stiche, muss ich annehmen, dass die Autoren excentrische Empfindungen beschrieben haben. Reizung von Nervenstämmen wird mit excentrischer Empfindung beantwortet, man fühlt im Verbreitungsbezirk des gereizten Nerven ein charakteristisches „Prickeln, Kribbeln, Eingeschlafensein“. Da nun, so viel wir wissen, dieses „Kribbeln etc.“ nur der excentrischen Empfindung zukommt, können wir aus seinem Vorhandensein auf dieselbe schliessen. Es würde also das bei der faradischen Reizung beobachtete „Singern und Kribbeln“ auf die Reizung kleiner Hautnervenstämmchen zu beziehen sein. Es ist ja dem elektrischen Reize eigenthümlich die Leichtigkeit, mit welcher durch ihn die Nervenfasern erregt werden, während die im gewöhnlichen Leben die Haut treffenden Reize nur die Endorgane erregen. Drücken, Erwärmen u. s. w. bewirken nie Singern und Kribbeln, Reizung der Nervenstämme dagegen, sei diese eine electrische mechanische, thermische, ruft immer Kribbeln, nie Tast-, oder Druckempfindung hervor. Auf jeden Fall ist es bei elektrischer Hautreizung leicht möglich, dass excentrische Empfindungen sich einmischen und es empfiehlt sich daher, wenn die Empfindlichkeit der sensiblen Endorgane geprüft werden soll, wenigstens bei weniger gebildeten Perso-

nen, der faradische Strom nicht. Die Haut als Sinnesorgan wird, wie Erb mit Recht bemerkt, am besten mit den ihr adäquaten Reizen geprüft.

Schliesslich noch einige Worte über die Prüfung der Hautempfindlichkeit durch den constanten Strom. Bernhardt (Deutsches Arch. f. klin. Med. XIX.) hat dies Verfahren angewandt, in dem er die An in die eine Hand setzte, die Ka als Pinsel (bei der galvanischen Untersuchnng kann man sich auch der Erb'schen Elektrode mit Erfolg bedienen) auf die zu prüfende Stelle hielt und nun den Strom allmählig verstärkte bis eine deutliche Schmerzempfindung eintrat. Das Auffallende ist, dass der Schmerz ganz plötzlich hereinbricht. An den meisten Hautstellen (nicht an allen) beginnt die Empfindung nicht allmählig, sondern sobald sie überhaupt eintritt, stellt sie einen ziemlich heftigen brennenden Schmerz dar. Der Schmerz erscheint nicht etwa, sobald der Strom überhaupt durch die Haut hindurchgeht. Bei mir selbst kann ich fast überall den Strom längere Zeit einwirken lassen, wenn die Galvanometernadel (200 S. E. Widerstand) 3^0 anzeigt, ohne etwas zu empfinden; sobald aber eine Stromstärke von 5^0 erreicht wird ist der Schmerz da. Dies Verhalten ist bisher nicht erklärt. Man kann vielleicht an elektrolytische Vorgänge denken.

Der Hauptvorwurf, welcher gegen Bernhardt's Verfahren erhoben werden kann, ist der, dass B. den Leitungswiderstand nicht berücksichtigt hat. Dem ist leicht abzuhelfen, man braucht eben nur an Stelle der Rheostateneinheiten die Galvanometerablenkung zu notiren. Ich habe dies gethan und an mir selbst die Tabelle IX. erhalten. Es ergiebt sich aus derselben, dass der Schmerz überall bei nahezu derselben Stromstärke eintritt, mit Ausnahme der Hand- und Fussfläche. An diesen Stellen den charakteristischen Schmerz zu erzielen, war ich ausser Stande. Bei 15^0—22^0 trat nur ein mässiges, nicht schmerzhaftes Brennen ein. Auch dieser Umstand ist schwer zu erklären.

Es arbeitet sich nicht leicht mit B.'s Methode. Ausser andern Schwierigkeiten ist die Schmerzhaftigkeit des Verfahrens störend und wenn man nicht sehr behutsam ist, bewirkt man leicht kleine Aetzungen, ein Umstand, der besonders bei anästhetischen Personen zu bedenken ist. Im Allgemeinen möchte ich daher B.'s Methode für die Praxis nicht empfehlen. Die Vorwürfe jedoch, welche Drosdoff gegen sie erhoben hat, sind grossentheils Entstellungen und um zu beweisen, dass man auch mit B's. Methode an Kranken operiren kann, theile ich anhangsweise eine an einem Tabeskranken gewonnene Tabelle mit.

Diese kurze Darstellung veröffentliche ich schon jetzt in der Hoffnung, dass die Fachgenossen Controluntersuchungen anstellen werden. Eine eingehendere Bearbeitung des Gegenstandes aber behalte ich mir für später vor.

	I. Leyden Virchow's Archiv Bd. 31. S. 15. (2 Spitzen = faradische Pole.)	II. Bernhardt Sensibilität der Haut, „1874, S. 20.	III. Drosdoff Arch. für Psych. Bd. 9. S. 213.	IV. Möbius *Unipolare Reizung.* Ka = weicher Pinsel.	
Zunge	156	121	85	57	
Stirn	100	100	100	100	
				r.	l.
Wange	94	103	104	93	93
Seitl. Partie des Halses	74	88	95	93	93
Nacken		90	96	93	
Sternum	74	90		86	
Rücken (zwischen den Schulterblättern)		88	80	90	
Lende		88	83	86	86
Hypogastrium	67		82	86	
Mamma			83	93	93
Oberarm Streckseite	74	89	86	86	82
Oberarm Beugeseite	78		88	82	80
Vorderarm Streckseite	65	87	84	86	90
Vorderarm Beugeseite	71			90	93
Handrücken	68	80	70	90	86
Handfläche	57	73		50	57
Indexspitze	63	80	67	46	30
Gesäss	73	89	82	90	90
Oberschenkel (Strecks.)	66	85	82	82	82
Unterschenkel „	58	80	79	70	70
Wade	61			86	86
Fussrücken	57	83	78	71	71
Fusssohle	40		52	—	—
Ballen der gr. Zehe		71		—	—
Scrotum				93	

V. **Möbius** An = Schwamm in l. Hand Ka = weicherPinsel. *Grosser Widerstand* (ca. 150000 S. E.)	VI. **Möbius** *Oeffnungsschläge.* An = Schwamm in l. Hand Ka = weicher Pinsel.	VII. **Leyden** l. i. *Oeffnungsschläge.*	VIII. **Bernhardt** D. Arch. f. klin. Med. XIX. S. 384. Zahlen = SE des Rheostaten in Nebenschliessung bei 30 Ell.	IX. **Möbius** An = breite Platte auf d. Sternum Ka = weicher Pinsel. Lebhaf. Schmerz tritt nahezu plötzlich ein bei:	X. Th., 35 jähr. Restaurateur an Tabes leidend. An als breite Platte auf d. Sternum etc.
62	106	207	90—100	3^0 (Stechen, nicht eigentl. Schmerz.)	
100	100	100	Nasenspitze 50—60	5^0	20^0
100 100	100 94	Nasenspitze 107	60—70	6^0 6^0	20^0
108 104	94 94		60—70	5^0 5^0	
108	94		100—200	5^0	
85	100	64	100—200	4^0	
				5^0	29^0
				$5{,}5^0$ 5^0	
85	94			5^0	
					22^0
85 88	77 71		100—200	6^0 5^0	
85 85	77 71			4^0 5^0	
100 100	77 77		100—200	5^0 $4{,}5^0$	22^0 20^0
100 100	77 82			4^0 5^0	
100 100	82 74	Hand und Finger 35—43	100—200	$4{,}5^0$ 4^0	
54			kaum Empfind. bei 2—3000	15^0 = 0 15^0 = 0	18^0 18^0
				22^0 = Wärme 15^0	20^0 = 0
50 46	77 82				
			100—200	6^0 7^0	
92 85	71 82		100	$7{,}5^0$ 5^0	
76 76	80 77		200—300	5^0 6^0	18^0 20^0
92 85	80 80			5^0 5^0	20^0 21^0
70 70	65 71	35	200—300	5^0 5^0	15^0 20^0
— —	62 65	Zehenspitze 35	kaum Empfind. bei 2—3000	20^0 = Wärme 15^0	20^0 = 0
— —				19^0 = 0 = 17^0	
100					

Bei farad. Prüfung nach Erb-Drosdoff empfindet Th. den Strom bei nahezu denselben R. A. wie ein Gesunder, Schmerzempfindung aber tritt erst bei hohen Stromstärken ein. Es besteht an den Beinen Polyästhesie.

II. Referate.

27) **J. Stilling:** Untersuchungen über den Bau der Centralorgane. (Kassel und Berlin 1882. I. Th. 87 S. X Taf.)

Stilling benützt hauptsächlich die Zerfaserungsmethode (in Müller'scher Flüssigkeit gehärtete und in Holzessig macerirte Präparate).

Im Chiasma nerv. opt. des Menschen finden sich gekreuzte und ungekreuzte Bündel, letztere in bedeutend grösserer Menge; ausserdem bestehen eine Commissura arcuata anterior und posterior sowie die Commissura ansata.

Auf die zahlreichen Details über den Ursprung der Tractusfasern kann hier umsoweniger eingegangen werden, als manche Thatsachen durch den Mangel der Abbildungen nur schwierig zu besprechen wären.

Weniges möge in dieser Beziehung genügen.

Stilling unterscheidet oberflächliche und tiefe Theilungen des Tractus.

Aus den oberflächlichen Theilästen ziehen Fasern zu den beiden Kniehöckern, dem Thalamus opticus, dem hinteren und vorderen Vierhügel, zum frenulum veli medullaris ant. und in der Gegend der hinteren Commissur zur entgegengesetzten Hemisphäre.

Unter den tiefen Aesten des Tractus machen sich zunächst Fasern bemerkbar, welche bogenförmig den Grosshirnschenkelfuss durchsetzen, um in das corpus subthalamicum einzutreten.

Ein sehr beträchtlicher Antheil des Tractus wendet sich als Radix descendens gegen die medulla hin. — Dadurch gelangen Opticusfasern zur Olive, zur Pyramidenkreuzung und in die Brücke; auch hat Stilling Verbindungen mit dem Oculomotoriuskern und (durch den Bindearm) mit dem Kleinhirne nachgewiesen. —

Jede Retinapartie erhält gekreuzte und ungekreuzte Fasern, sowie Fasern aus der vorderen Commissur.

Obersteiner (Wien).

---

28) **P. Grützner** (Bern): Ueber das Wesen der elektrischen Oeffnungserregung. (Bresl. Aerztl. Zeitschrift. Nro. 23. 1882.)

In einer gemeinschaftlich mit Herrn Moschner angestellten Untersuchungsreihe hat Verf. festgestellt, dass eine Anzahl scheinbarer Oeffnungswirkungen des elektrischen Stromes in Wirklichkeit Schliessungserregungen desselben waren. Wurden nämlich diejenigen Stellen eines Nerven mit schwachen elektrischen Strömen gereizt, in denen in Folge der Anlegung eines Querschnittes oder anderer Ursachen in dem Nerven selbst elektriche Ströme vorhanden waren, und hatten ferner die Reizströme eine dem Nervenstrom entgegengesetzte Richtung, waren sie, kurz genannt „*Gegenströme*", so zeigte sich, dass die Oeffnung dieser Gegenströme, welche wärend ihres Bestandes den Nervenstrom ganz oder fast ganz neutralisirt hatten, eine Erregung des Nerven zur Folge hatte, die also in ihrem Wesen einer Schliessungser-

regung gleichkam. Denn es entstand ja in Folge ihres Verschwindens der Nervenstrom, dessen Entstehen eben reizend wirkte.

Bei weiterer Fortsetzung dieser Experimente ergab sich zunächst, dass auch, wenn die Abgleichung des enstehenden Nervenstromes nur im Nerven selbst erfolgen konnte, im Wesentlichen dieselben Erscheinungen zu Tage traten, als wenn man dem Nervenstrom Gelegenheit gab, sich durch einen gut leitenden metallischen Bogen auszugleichen. Indem man nämlich heut zu Tage die elektrischen Reizströme gewöhnlich durch Vergrösserung oder Verkleinerung des Widerstandes einer in die Hauptleitung eingeschalteten Nebenschliessung (Rheochord) abstuft, so ist es begreiflich, dass, je nachdem man die Schliessung und Oeffnung des Reizstromes diesseits oder jenseits dieser Nebenschliessung oder wie man sich gewöhnlich ausdrückt im Nerven- oder Kettenkreise vornimmt, in dem ersten Falle der Nervenstrom sich nicht durch den metallischen Bogen der Nebenschliessung, sondern im Nerven selbst und nur in ihm ausgleichen kann, während im zweiten Falle der Nervenstrom durch den dauernd geschlossenen Bogen der Nebenschliessung sich ergiesst. Selbstverständlich ist die letztere Bedingung für die Ausgleichung des Nervenstromes eine günstigere, als die ertere, dem zufolge auch ihre Reizwirkung. Es treten deshalb diese scheinbaren Oeffnungszuckungen früher auf bei Schliessung und Oeffnung im Kettenkreise, als im Nervenkreise.

Nachdem nun gezeigt war, dass eine Reihe von Erregungen des Nerven und Muskels, die der Oeffnung eines Reizstromes ihre Entstehung zu verdanken schienen, in Wirklichkeit Schliessungserregungen waren, nachdem ferner durch die anfangs erwähnte Untersuchungsreihe die Ueberzeugung gewonnen war, dass in einem stromlosen Nervenstück Oeffnungserregungen entweder gar nicht, oder erst bei sehr starken Reizströmen auftraten, wurde naturgemäss der Zweifel rege, ob das Verschwinden des elektrischen Stromes überhaupt einen Reiz auf Nerv und Muskel ausübe, ob also, um mit Pflüger zu reden, das Verschwinden des Anelektrotonus wirklich reizend wirke. Verf. ist jetzt zu der Ansicht gelangt, dass dieses *nicht* der Fall sei, glaubt vielmehr, allerding entgegen dem jetzt herrschenden Dogma, *dass es gar keine Oeffnungserregungen gibt*, sondern das jede sogenannte Oeffnungserregung in ihrem Wesen eine Schliessungserregung ist.

Der Beweis für diese Behauptung liegt seiner Meinung nach in Folgendem. Es ist wesentlich durch Untersuchungen von Hermann bekannt, dass, wenn ein elektrischer Strom, den man einem Nerven durch unpolarisirbare Elektroden zuführt, unterbrochen wird, sich zwischen den Elektroden unmittelbar nach Oeffnung dieses Reiz- oder Elektrotonusstromes, ein Strom in entgegengesetzter Richtung nachweisen lässt. Dieser polarisatorische Gegenstrom, der also ganz analog ist dem elektrischen Strome, welcher in der heutigen Elektrotechnik in den sogenannten Secundär-Batterien erzeugt wird, ist es nun, der uns die Oeffnungserregung irgend eines Reizstromes vortäuscht, sei es nun, dass er sich im Nerven selber ausgleichen muss oder in den metallischen Bogen der Nebenschliessung gut ausgleichen kann. Hiernach ist also

beispielsweise die Oeffnung eines absteigenden Stromes stets verknüpft mit der unmittelbar auf sie folgenden und durch sie bedingten Schliessung eines anfsteigenden und umgekehrt die Oeffnung eines absteigenden mit der Schliessung eines aufsteigenden Stromes. Erregend wirkt nach Verf's. Ansicht immer nur das Entstehen des polarisatorischen Gegenstromes, nicht das Verschwinden des ursprünglichen Reizstromes. Demzufolge sind dann in der That die Schliessungserregungen eines aufsteigenden Stromes, wie das Zuckungsgesetz es zeigt, analog den Oeffnungserregungen eines absteigenden, indem beide bei stärkeren Strömen wenigstens für den Muskel verschwinden; beide sind eben in Wirklichkeit Schliessungserregungen eines aufsteigenden Stromes. Dasselbe gilt natürlich — mutatis mutandis — für die Oeffnung aufsteigender und Schliessung absteigender Ströme, beide nehmen mit der Stärke des Stromes in ihren Wirkungen zu.

Wenn in der That diese unsere Anschauung richtig ist, so muss die scheinbare Oeffnungserregung, insoweit sie sich an dem Muskel kundgiebt, zunehmen mit der Grösse des polarisatorischen Gegenstromes, falls nicht die Anode dieses Gegenstromes sich störend einschiebt zwischen den Reizort und den Muskel, wie es bei Oeffnung absteigender Ströme der Fall ist. Der polarisatorische Gegenstrom aber nimmt zu mit der Dauer und Stärke des ursprünglichen Reizstromes und es ist leicht zu zeigen, zudem auch schon durch Versuche von Pflüger, Biedermann und Andern bekannt, dass die Oeffnungszuckungen viel leichter eintreten, wenn man den Reizstrom einige Zeit durch den Nerven gehen lässt und ihn dadurch stärker polarisirt. Dasselbe gilt von der Stärke der Reizströme, indem schwache und namentlich kurz dauernde Reizströme an stromlosen Nerven überhaupt nie Oeffnungserregungen setzen.

Der polarisatorische Gegen- oder Nachstrom wird ferner verstärkt, wenn man nicht unpolarisirbare, sondern polarisirbare Elektroden, einfache Metallelektroden anwendet. Wenn bei den Versuchen des Verf. namentlich im Kettenkreise geöffnet und geschlossen und dadurch dem Polarisationsstrom Gelegenheit gegeben wurde, sich durch den metallischen Bogen der Nebenschliesung zu ergiessen, so traten die Oeffnungszuckungen auch an stromlosen Nervenstellen ausserordentlich früh ein, während es stärkerer Ströme bedurfte, um sie auch bei Schliessung und Oeffnung im Nervenkreise zu sehen. Ueberhaupt treten sie aber bei Anwendung polarisirbarer Elektroden viel früher auf, als bei Anwendung unpolarisirbarer.

Andererseits werden alle Oeffnungszuckungen sich verringern oder ganz ausbleiben müssen, wenn der polarisatorische Nachstrom entweder sich nicht gut abgleichen oder nur in geringem Grade zu Stande kommen kann. Es widerspricht nun durchaus nicht den vorgetragenen Anschauungen, dass der lebende Nerv im lebenden Thiere bei erhaltener Circulation schwerer zu polarisiren ist, als der ausgeschnittene. Denn die Circulation muss der Polarisation entgegen wirken; daher die bekannte Erscheinung, dass man durch elektrische Reizung des unverletzten, im lebenden Thiere befindlichen Nerven überhaupt so schwer Oeffnungserregungen zu Stande bringt.

Schliesslich wird durch diese Auffassung auch noch eine eigenthümliche, bis jetzt unerklärt dastehende Erscheinung erklärt, die bereits Pflügers Scharfblick auffiel. Diese sonderbare Thatsache besteht darin, dass bei der Oeffnung absteigender Ströme, welche stromlose Nervenabschnitte durchsetzen, die Oeffnungszuckung sehr häufig verspätet, manchmal um einige Secunden verspätet auftritt. Diese von Biedermann näher studirte und auch vom Verf. vielfach beobachtete Erscheinung erklärt sich einfach daraus, dass die Anode des polarisatorischen Nachstromes sich zwischen Reizort und Muskel einschaltet und kürzere oder längere Zeit (denn der Polarisationsstrom nimmt an Stärke ab) den Zugang des Reizes zum Muskel versperrt.

Nach diesen thatsächlichen Mittheilungen kommt Verf. zu der Ansicht, dass es zwei Arten von Oeffnungszuckungen giebt, die bereits Biedermann scharfsinnig von einander geschieden hat. Die erste Art von Oeffnungszukungen wird bedingt durch das Entstehen des durch einen Gegenstrom abgeschwächten Nervenstromes; sie sind unabhängig von der Dauer des ursprünglichen Reizstromes und treten unmittelbar nach Oeffnung desselben auf. Die zweite Art von Oeffnungszuckungen ist bedingt durch das Entstehen des polarisatorischen Nachstroms, ist von der Dauer und Stärke des ursprünglichen Reizstromes abhängig und kann verspätet auftreten. Beide sind in ihrem Wesen natürlich Schliessungserregungen.

Das Gesetz der Erregung eines Nervs oder Muskels durch den elektrischen Strom würde den obigen Anschauungen adaptirt etwa folgendermassen lauten:

1) *Erregt wird ein Nerv oder Muskel durch den elektrischen Strom in dem Momente seines Entstehens.* Die Schnelligkeit, mit welcher und die Höhe, bis zu welcher der Strom in den genannten Organen ansteigt, sind hierbei von Bedeutung, indem mit beiden bis zu einer gewissen Grenze die Erregung wächst.

2) *Erregt werden ferner Muskel und Nerv, wenn auch in viel geringerem Grade, durch den Strom selbst, wenn er sie in constanter Höhe durchsetzt.* Für die Muskeln ist dies bekannt, für sensible Nerven und die Gässerweiterer der Haut hat es Verf. seiner Zeit nachgewiesen, für die motorischen Nerven ist es, wenn man auf dem Standpunkte steht, dass alle Nerven gleichartige Leitungswege darstellen, logischer Weise zu verlangen.

3) *Erregt werden dagegen die Nerven und Muskeln nicht* (wenigstens ist es bis jetzt nicht nachgewiesen), *dadurch, dass ein Strom aus ihnen verschwindet.* Die hierbei zu beobachtenden Erregungen haben vielmehr ihre Ursache in der Entstehung polarisatorischer Nachströme.

4) *Die Richtung des Reizstromes, falls sie nur der Axe der stromlosen Nerven (und Muskeln) parallel verläuft, hat keinen Einfluss auf die Stärke der Erregung genannter Organe selbst,* wohl aber bei den Nerven natürlich auf ihre Endapparate, wenn sich, wie bei Schliessung eines aufsteigenden Reizstromes die Anode dieses, oder bei Oeffnung eines absteigenden, die Anode des Polarisationsstromes hindernd

dazwischen schiebt. Existiren in den Nerven oder Muskeln schon eigene Ströme, dann ist stets die Schliessung des gleichgerichteten Stromes viel wirksamer, als die des entgegengesetzten. R . . n.

---

29) **Emil Kraepelin:** Ueber die Einwirkung einiger medicamentöser Stoffe auf die Dauer einfacher psychischer Vorgänge. (Philosoph. Stud. I.)

Da die Abhängigkeit des zeitlichen Verlaufes psychischer Processe von der augenblicklichen Disposition des Bewusstseins feststeht, so hat sich K. die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, in welcher Weise gewisse medicamentöse Stoffe von denen es bekannt ist, dass sie einen sehr auffallenden Einfluss auf den Verlauf der psychischen Vorgänge ausüben, die Dauer einfacher psychischer Vorgänge alteriren.

Diese Untersuchungen, welche zum Theil in Wund's psychophysischem Laboratorium angestellt wurden, beschränken sich vorläufig auf die Wirkung von Amylnitrit, Aethylaether und Chloroform, haben aber bereits sehr interressante Resultate ergeben, von denen wir hier die wichtigsten mittheilen können.

Auffallend ist zunächst die für alle drei genannten Mittel constante Beeinflussung des Geschehens in zwei differenten, aufeinander folgenden Phasen, und zwar in der Weise, dass während der Einwirkung des Mittels, eine von der Intensität dieser Einwirkung abhängige Verlangsamung des Ablaufes der psychischen Processe eintritt, während sich nach dem Aussetzen des Mittels bald eine Beschleunigung des Ablaufes, welcher bis 0,05 Sec. unter die normale Reactionszeit herabgehen kann und verschieden lange anhält, bemerkbar macht.

Die verschiedenen psychischen Acte werden durch die einzelnen medicamentösen Stoffe nicht in der gleichen Weise alterirt, ausserdem ist bei den Versuchspersonen eine merkliche individuelle Differenz auffallend. Diese beiden letztgenannten Thatsachen, werden bei weiter fortgesetzten Untersuchungen gewiss den Ausgangspunkt für ein näheres Eingehen in die Analyse der psychischen Vorgänge bilden und uns dem Verständniss der bisher am wenigsten erkannten physiologischen Processe näher bringen. Obersteiner (Wien).

---

30) **Isaac Ott** (Eastan, Pa.): The path of the vasomotor, sudorific and sensory nerves in the spinal cord. (Die Bahn der vasomotorischen etc. Nerven.) (The journal of nerv. & ment. disease. Nro. 3. 1882.)

O. wandte die Methode, deren sich Ludwig und Nicolaides bei Kaninchen bedient hatten, bei Katzen an, deren unpigmentirte Haut der Hinterpfoten sich ebenso gut zur Beobachtung eignet, wie die Nieren der Kaninchen. Das Rückenmark wurde im Dorsaltheile, etwa in gleicher Linie mit dem hintern Rand der Scapula halbseitig, sodann unterhalb des zweiten Halswirbels ganz durchschnitten. Wurde die Medulla nun von letzterer Stelle aus auf elektrischem Wege gereizt, so trat beiderseits Blässe der bezeichneten Haut ein, gleichzeitig auch Schweisssecretion an beiden Hinterpfoten. Diese Erscheinungen blieben aus, wenn die Medulla dicht unter dem halbseitigen Schnitt ganz durchtrennt wurde. Um den Verlauf der sensiblen Fasern zu

bestimmen wurde an anderen Katzen die Medulla in der Höhe des 7. Dorsalwirbels theilweise durchschnitten, der Ischiadicus auf beiden Seiten gereizt und der Blutdruck in der Carotis beobachtet. Waren beide Seitenstränge durchtrennt, so blieb derselbe unverändert, stieg aber bei allen Schnitten, wenn nur ein Seitenstrang erhalten war. Wurde bei halbseitiger Durchtrennung der Medulla der gleichseitige Ischiadicus gereizt, so stieg der Blutdruck in beinahe gleicher Weise wie bei Reizung des Ischiadicus auf der unverletzten Seite.

Verf. zieht aus seinen Experimenten den Schluss, dass sich die sensiblen und vasomotorischen, ebenso auch die Schweissnervenfasern, welche mit den letzteren zusammen verlaufen, zum Theil im Rückenmark kreuzen und dass die sensiblen Fasern — bei der Katze — in den Seitensträngen verlaufen. Kron (Berlin).

---

31) **J. E. Shaw** (Bristol): Case of Glioma of the right Hemisphere. (Gliom der rechten Hemisphäre.) (Brain, Juli 1882.)

Ein 19 jähriges Dienstmädchen hatte 2 Monate vor ihrer Aufnahme klonische Zuckungen in einigen Fingern der linken Hand beobachtet, die sich allmählig nach aufwärts verbreiteten. 3 Wochen später hörten die Zuckungen auf und es trat Parese des l. Armes ein, wegen deren sie das Hospital aufsuchte. Bei der Aufnahme wurde eine Parese des ganzen Arms, Lähmung hauptsächlich der kleinen Handmuskeln constatirt. Keine Atrophie, keine Sensibilitätsstörung ausser etwas subjectives Gefühl von Taubheit in der l. Hand. Kopfschmerzen. Nach einigen Tagen wurde Schwäche im linken Bein bemerkt. Unsicherer Gang. Beginnende Neuritis optica. Weiterhin Parese einiger Gesichtsmuskeln. Steigerung der Sehnenreflexe am l. Knie und Vorderarm. Zunehmende Kopfschmerzen, gelegentliches Erbrechen. Verschlechterung der Motilität des Armes. Doppeltsehen. Somnolenz, Tod 2 Monate nach der Aufnahme. Bei der *Autopsie* fand sich ein Gliom auf der Höhe des Scheitellappens. Nach der Härtung des Gehirns constatirte Ferrier, dass der Tumor, dessen Centrum ziemlich genau der Mitte der vorderen Centralwindung entsprach, diese letztere abgeplattet und nach rückwärts verdrängt hatte. Die hintere Centralwindung, sowie die Basis der Stirnwindungen waren in gleicher Weise comprimirt und abgeflacht. Die Geschwulst liess sich aus der Hemisphäre herausschälen und erstreckte sich keilförmig mit der Spitze nach abwärts nach dem Dach des 3. Ventrikels, ohne diesen ganz zu erreichen. Die Basalganglien waren normal.

Ferrier glaubt, dass die Kranke möglicherweise durch Enucleation des Tumors hätte geheilt werden können.

Pierson (Dresden).

---

32) **H. D. Schmidt** (New-Orleans): A case with tumors in the fourth ventricle of the brain, unaccompanied by special nervous symptoms. (Tumor des IV. Ventrikels.) (The journal of nerv. & ment. disease. Nr. 3. 82.)

Ein 30 jähr. Neger wird dem Krankenhause mit einer rechtss. Pneumonie übergeben. Er ist zuerst benommen, erscheint aber bald

klar und bleibt es bis zum Tode, der nach 14 Tagen erfolgt. Die Section ergiebt zunächst graue Hepatisation der rechten Lunge, Oedem der linken, eitrige Pericarditis, sodann im 4. Ventrikel 2 Gliome. Das grössere von 25 Mm. Länge, 13 Mm. Breite, 18 Mm. Dicke hängt durch eine schmale, etwa 7 Mm. breite Leiste leicht mit der hintern Fläche des rechten corpus restiforme zusammen. Seine gelappte Oberfläche zeigt die Spuren des Druckes, den sie von der Mandel des Kleinhirns erlitten. Der kleinere Tumor von 8 Mm. Länge und 3 Mm. Dicke sitzt an der correspondirenden Stelle des linken corpus restiforme. Beide sind ziemlich hyperämisch, ebenso wie ihre Umgebung. Die Unterlage des grösseren Tumors zeigt ausserdem die Einwirkung des Druckes bis zum Vagus-Centrum hin. Nichtsdestoweniger hatten keine Symptome von Seiten des Nervensystems bestanden.

Kron (Berlin).

---

33) **N. E. Brill:** (New-York): A case of destructive lesion of the cuneus, accompagnied by colorblindness. (Zwickelläsion und Farbenblindheit.) (The americ. journ. of neurol. & psych. Nro. 3. 1882.)

Ein 63 jähr. Mann erleidet im September 1881 einen apoplect. Insult mit völliger Bewusstlosigkeit. In der Folge unvollkommene rechtss. Hemiplegie und Hemianästhesie. Sehnenreflexe rechts stärker als links. Nach einigen Wochen Tremor der paretischen Extremitäten, Hyperästhesie an Stelle der früheren Anästhesie, subjective Gehörs- und Lichtempfindungen, Diplopie. Pat. sieht ausserdem alles trübe und neblig und zeigt partielle Farbenblindheit auf beiden Augen, die früher nicht vorhanden war. Grün erkennt er gar nicht, bezeichnet es vielmehr als roth oder rosa.

Tod im Mai 82. Section 9 St. p. m.: Thrombotischer Erweichungsherd in der Umgebung der linken fissura calcarina, betreffend die untere Hälfte des mittleren Theils des Zwickels und das obere angrenzende Viertel des Zungenläppchens. Kron (Berlin).

---

34) **Ross** (Manchester): Labio-Gloso-Pharyngeal Paralysis of cerebral Origin. (Labio-Glosso-Pharyngeallähmung cerebralen Ursprungs.) (Brain, Juli 1882.)

Verf. stellt zunächst einige Fälle von „Pseudo"-Bulbärparalyse aus der Literatur zusammen, wovon einer bereits in des Autors Lehrbuch der Nervenkrankheiten publicirt ist. Dieser Kranke hatte, nachdem er schon einige Monate an Kopfschmerzen und erschwerter Sprache gelitten, einen apoplectiformen Anfall ohne Bewusstseinspause, wonach die Sprache mehr und mehr undeutlich wurde. Bei der Aufnahme wurde Parese der unteren Facialisäste beiderseits, Parese der Zunge, fast unverständliche Sprache, starke Behinderung des Schlingvermögens, Salivation constatirt. Bei der Section fanden sich in den beiderseitigen Linsenkernen je eine Cyste mit strohgelber Flüssigkeit. Die Bulbärkerne waren normal, auch keine secundäre Degeneration in den Pyramidenbahnen zu finden. Verf. reiht hieran 2 neue Beobach-

tungen dieser Art. In dem ersten Falle hatte ausser den pseudobulbären Symptomen eine spastische Lähmung des linken Arms und beider Unterextremitäten und partielle Hemianästhesie nach einem apoplectiformen Anfall sich entwickelt. Bei der Autopsie wurden zwei kleine Cysten im linken Linsenkern gefunden, wovon die eine sich etwas auf das Knie der inneren Kapsel erstreckte. Eine ähnliche Cyste im rechten Linsenkern hatte die innere Kapsel nicht berührt. Ausserdem fand sich ein schmaler Streifen absteigender Degeneration in den Hirnschenkeln, Pons und Medulla oblongata. Die Bulbärkerne intact. — Ein kleiner Sequester an der Halswirbelsäule hatte zu transversaler Myelitis mit auf- und absteigender Degeneration geführt. — Der zweite Fall verlief ganz ähnlich dem ersten; es fehlt jedoch die Hemianästhesie. Der Sectionsbefund dem entsprechend: kleine Cyste im linken Linsenkern ohne directe Betheiligung der inneren Kapsel. Keine secundäre Degeneration. Transversale Myelitis.

Verf. glaubt aus diesen Fällen nicht schliessen zu dürfen, dass der Linsenkern ein selbständiges Centrum für die Regulirung des Articulations- und Deglutitionsbewegungen sei; er ist vielmehr der Ansicht, dass die unmittelbare Nachbarschaft der inneren Kapsel in seinen Fällen für die Erscheinungen verantwortlich zu machen sei, indem directe Fasern von der Rinde zur Medulla durch das Knie der innern Kapsel gehen. — In differentialdiagnostischer Hinsicht hebt er hervor, dass bei der cerebralen Labio-Glosso-Pharyngealparalyse die Atrophie der Muskeln nebst den entsprechenden Veränderungen des electrischen Verhaltens, der plötzliche Beginn und das Erlöschen der Gaumen-, Zungen- und Pharynxreflexe, welche Symptome bei der eigentlichen Bulbärkernlähmung stets vorhanden sind, fehlen.

Pierson (Dresden).

---

35) **E. Remak** (Berlin): Spinallähmung. (Sepr.-Abdr. aus der Real-Encyclopaedie d. ges. Heilk. v. Eulenburg.)

Dieser Artikel soll eine Ergänzung der übrigen, vom anatomischen Eintheilungsprincip ausgehenden Rückenmarksartikel des Lexicons bilden, indem er die klinischen Erscheinungsformen der Spinallähmung für das practisch-diagnostische Bedürfniss darstellt. Er beginnt mit der *atrophischen Spinallähmung* und als erste derselben beschreibt er die *acute atrophische (amyotrophische) Spinallähmung der Erwachsenen.* Sie betrifft, da Erkältungen als hauptsächliches aetiologisches Moment hingestellt werden, vorwiegend das männliche Geschlecht (75%). Wie wir es am Verf. gewohnt sind, schildert er in praegnanten Zügen die Symptomatologie, das elektrische Verhalten, die Verbreitung und Localisation der Lähmung. Das genauere Studium der degenerativ gelähmten Muskeln hat, wie bei der spinalen Kinderlähmung ergeben, dass gewisse Localisationstypen immer wieder heraus zu erkennen sind. Verf. glaubt, dass die Muskeln deswegen in bestimmter mit ihrer functionellen Synergie zusammenhängenden Combination erkranken, oder verschont bleiben, weil die sie vertretenden motor. Ganglienzellen der grauen Vordersäulen des Rückenmarkes

nach entsprechenden functionellen Gruppen angeordnet sind, ohne Rücksicht auf die peripheren Innervationsbezirke der einzelnen Nervenstämme. Was die Diagnose angeht, so muss der klinische Verlauf die differentiellen Merkmale von der chronischen atroph. Spinallähmung, von Haematomyelie, Syringomyelie und Rückenmarkstumoren geben. Bei der Unterscheidung von der multiplen degenerativen Neuritis fallen als negative Kriterien der unter Umständen schmerzlose Verlauf, der Mangel anaesthetischer Zonen, als positive die nicht an die Verbreitung einzelner Nervenstämme geknüpfte Lähmung in's Gewicht. Vor Verwechslung mit acuter generalisirter Bleilähmung muss die Anamnese oder andere Erscheinungen des Saturnismus schützen. Quoad vitam ist die Prognose günstig; zwei neuere Fälle auf syphilitischer Basis zeigen allerdings eine Ausnahme von der Regel. Die Therapie richtet sich nach den bekannten Grundsätzen.

Eng an diese Affection schliesst sich die *chronische oder subacute atrophische (amyotrophische) Spinallähmung.* Sowohl auf spinaler wie peripherer Basis kommen atrophische Lähmungen vor und sind deshalb die Einwände jener zurückzuweisen, welche allemal diese Form als Folge multipler, peripherer Neuritis entstanden denken. Niemals tritt sie bei Kindern, und am häufigsten zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre auf. Die Lähmungsformen der Muskeln sind ganz ähnlich der acuten Form. Hier ist es noch leichter zu sehen, dass wesentlich functionell zusammengehörige Muskeln zusammen oder kurz nach einander erkranken. Ueberraschende Uebereinstimmung mit der Bleilähmung. Die Unterscheidung von progessiver Muskelatrophie, obgleich die Lähmung allemal der Atrophie voraufgeht, kann bei schleichend verlaufenden Fällen trotzdem schwierig sein.

Als II. Hauptgruppe wird die *Spastische Spinalparalyse* beschrieben. Die Schilderung derselben kann hier unterbleiben, da sie den Lesern unseres Blattes geläufig sein wird. Bemerken wollen wir, dass für die im kindlichen Alter vorkommende Form die für eine spinale Pathogenese beweisenden pathologisch-anatomischen Befunde noch völlig fehlen; Verf. glaubt daher, dass bei der gelegentlichen Complication mit später Erlernung der Sprache, Strabismus, Stupidität, vielmehr an cerebrale oder cerebrospinale von Förster mit Birch-Hirschfeld neuerdings auch in einem Falle anatomisch constatirte Sclerose zu denken sei.

Dann folgt III. die *atrophische (amyotrophische) spastische Spinalparalyse.* Die die atrophische Spinallähmung allemal von Erkrankung der den gelähmten Muskeln entsprechenden Kernregion der grauen Vordersäulen oder des intramedullären Wurzelverlaufes, die spastische dagegen von spinaler Leitungslähmung der Pyramidenbahnen abhängig zu machen ist, so ist bei circumscripter, die graue und weisse Substanz betheiligender Rückenmarkserkrankung in den dem afficirten Spinalsegment entsprechenden Muskeln atrophische, in den unterhalb gelegenen spastische Lähmung zu erwarten. Es kann so gelegentlich selbst an derselben Unterextremität atrophische Lähmung des Oberschenkels mit spastischer Lähmung des Unterschenkels einhergehen. Häufiger

wird allerdings bei Affection der Halsanschwellung atrophische (mit Contractur) Lähmung der Oberextremität bei exquisit spastischer Lähmung der Unterextremität beobachtet. Für die Entstehung der Krankheit aus Schreck führt Verf. einen noch nicht abgeschlossenen Fall an. Bei einem 23jährigen Soldaten entwickelten sich Lähmungserscheinungen der Arme nach einem Schrecken, bei gleichzeitiger Ueberanstrengung der ersteren, mittelst der Zügel die durchgehenden Pferde eines Wagens aufzuhalten.

Es folgt dann IV. *die acute* Landry'sche *Spinalparalyse.* Sie gehört hieher, weil noch kein sicheres anatomisches Substrat existirt; zum Symptomencomplex gehört die völlige Integrität der electrischen Erregbarkeit in allen Krankheitsstadien. Es ist eine Krankheit sui generis, der die Bezeichnung „tödlich" nicht zukommt, da Heilungsfälle beobachtet sind; es kommen aufsteigende und absteigende Formen vor. Betreffs der Aetiologie sei bemerkt, dass die syphilitische Grundlage, wie sie Landry und Kussmaul für einige Fälle annahmen, zweifelhaft ist. Die Symptomatologie möge man im Original nachlesen.

Den Beschluss bilden V. die *secundären Spinalparalysen,* für deren Classification das aetiologische Moment allein massgebend ist. Dahin gehören 1. spinale Reflexlähmungen, 2. Spinalparalysen in Folge von acuten und chronischen Krankheiten, 3. toxische Spinalparalysen, 4. diejenigen in Folge psychischer Einflüsse, die als Emotionsneurosen bereits be sprochen sind. Ein äusserst reichhaltiges Literaturverzeichniss ist dem Schlusse beigefügt. Goldstein (Aachen).

---

36) **v. Krafft-Ebing** (Graz): 3 Gutachten über zweifelhafte Geisteszustände. (Konkurrenz von Belastung, Trunk und Affekten.) (Friedr. Bl. f. ger. Med. 1882. 6.)

I. Körperverletzung.

Der in der X.'schen Brauerei beschäftigte Mälzer J. St. dringt am 28. Nov. 81. in der Wohnung des Obermälzers Sch. auf diesen ein, sodass derselbe zu Boden fällt und einen Rippenbruch erleidet. Der hinzugekommene Sohn des Sch., der ihn vom Vater trennt, sowie ein anderer Zeuge wollen an ihm keine Zeichen von Geistesstörung dabei beobachtet haben, während er dem Beschädigten, sowie dem Polizeiarzt diesen Eindruck machte und deshalb zur Beobachtung in das allgemeine Krankenhaus geschickt wurde. Hier machte er den Eindruck eines nicht betrunkenen, aber reizbaren und selbstbewussten Menschen. Er ist mittelgross, muskulös, gut genährt, Schädel normal, linke Pupille erweitert, Mundmuskeln der rechten Seite bleiben bei mimischen und sprachlichen Bewegungen etwas zurück, Zunge zittert leicht, starker Rachenkatarrh, linke Zchwischenrippengegend auf Druck sehr empfindlich, Miene ermüdet, moros, Gesichtshaut blassfahl, Gang sicher, Körperhaut hyperästhetisch. Am 22. 2. 82 gibt St. an, er sei im Stande der Nothwehr gewesen, hat übrigens keinen Erinnerungsdefekt der Strafthat. Sch. habe ihn brüsk behandelt, weil er Mitbewerber seines

Sohnes bei der Obermälzerstelle war. Der 32jährige St. stammt aus geistesgesunder Familie, sein Vater war Trinker. Er war es nicht, hat guten Leumund und war nie krank, nur in der Jugend bei der Heuarbeit Kopfweh und Nasenbluten. Sonst ist er weder gegen Hitze, noch gegen Alkohol intolerant, verletzte sich nie am Kopf. Herbst 81 erhöhte Reizbarkeit durch die schlechte Wirthschaft seiner Frau, die ihn zwingt, Geld bei Wucherern aufzunehmen. Schlaf schlecht, Kopfweh, Morgens öfters Erbrechen, excessives, nachtschwärmerisches Wesen.

Gutachten. St. wurde gegen Sch. in einer heftigen Gemütsbewegung aggressiv, die jedoch nicht bis zur Höhe einer Sinnesverwirrung, in der sich der Angeschuldigte seiner Handlung nicht bewusst war, sich erhob. Der hohe Grad des Affekts geht aus der Geringfügigkeit des Anlasses, aus der Dauer, aus dem Ueberzeugtsein von dem Nothwehrzustande hervor. Eine ausgesprochene Geisteskrankheit lässt sich nicht nachweisen, dagegen Zeichen einer gesteigerten Gemüthserregbarkeit, welche langsam abklangen und die sittliche und intellektuelle Widerstandsfähigkeit des originär sehr erregbaren Angeschuldigten gegen den Affekt schwächten. Gegenwärtig ist St. psychisch völlig normal. Verurtheilung zu kurzer Freiheitsstrafe.

II. Verbrechen der gefährlichen Drohung.

Ergebniss der Akten. G. V., 40 Jahre alt, ist angeschuldigt, vor längerer Zeit, seine Frau körperlich schwer verletzt und sie neuerdings mit dem Tode bedroht zu haben. Sein Leumund ist der eines jähzornigen Menschen der seine Frau schlecht behandelt. Das erste Verhör des V. muss wegen heftigen Zornaffektes desselben abgebrochen werden. Derselbe wird daher in Bezug auf seinen Geisteszustand explorirt. Im ersten Verhör heftige Zornausbrüche gegen seine Frau; später ruhigeres Verhalten, Entschuldigung seiner Handlungsweise mit seinem Temperament und dem schlechten Benehmen der Frau. Ueber sein Vorleben wird konstirt, dass er ein roher, zu Thierquälereien geneigter, oft betrunkener Mensch ist.

Ergebniss der Exploration. V. erscheint geordnet, verständig, anständig, beklagt sich über seine Frau, die ihn nur des Geldes wegen geheirathet und schlecht gewirthschaftet habe. Seit er ihr das Vermögen verschrieben, quäle sie ihn umsomehr. Den Zorn habe er häufig zu vertrinken gesucht, doch sei er kein Gewohnheitstrinker. Er wird bei der Schilderung seiner Ehe immer gelassener und fühlt sich nicht schuldig, da seine Drohungen nicht ernstlich gemeint waren. Spuren von Eifersuchts- und Verfolgungswahn nicht auffindbar. Die Eltern sollen jähzornig und dem Trunke ergeben gewesen sein, ein Bruder des V. sich im Irresein umgebracht haben. V. stellt frühere Nerven- und Geisteskrankheit in Abrede, auch Kopfverletzungen, Intoleranz für geistige Getränke oder Sonnenhitze, endlich Symptome einer bestehenden Alkoholentartung des Gehirns. Auch in Bezug auf die Strafthaten stellt er Irrsinn entschieden in Abrede, er erinnert sich ihrer genau, beschönigt sie nur. Der Einfluss von Alkohol auf sein psychisches Verhalten geht jedoch deutlich aus dem Zittern der Zunge,

der Lippenmuskeln und der Hände, sowie aus der gesteigerten Pulsfrequenz hervor, die noch am 17. Mai vorhanden waren. V. ist kräftig, gut genährt, etwas blutarm, Züge intelligent, der rechte Mundwinkel bleibt mimisch etwas zurück, linke Pupille etwas weiter, als die rechte. Schädel normal, am linken Stirnbein eine Hautnarbe.

Gutachten. V. war weder zur Zeit der Strafthat geisteskrank, noch ist er es jetzt. Auch Bewusstseinsstörung war nicht vorhanden, dagegen heftiger Zornaffekt als Episode andauernder affektvoller Stimmung auf organischer Grundlage. Die Affektzustände gingen mit Excessen im Trinken einher. V. war in seinen Affekten der Selbstbeherrschung weniger fähig, als andere Menschen. Freisprechung.

(Schluss folgt.)

Landsberg (Ostrowo).

III. Vereinsberichte.

I. Allgemeiner Verein St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 21. September 1882.

37) Dr. **Kernig** spricht *über ein Krankheitssymptom der acuten Meningitis,* welches für die Diagnose, die ja in den ersten Stadien dieser Krankheit oft nicht leicht zu stellen ist, von Bedeutung sein kann. Es besteht in einer plötzlich eintretenden tonischen Contractur der Muskulatur der unteren Extremitäten, von der namentlich die Flexoren betroffen werden und die dadurch hervorgerufen wird, dass man die Patienten aufrichtet, oder überhaupt in sitzende Stellung bringt. Die Beine nehmen in Folge dieses Aufrichtens eine halbflectirte Stellung an und beharren in derselben tonisch gespannt, bis man die Patienten wieder in ihre gewöhnliche Bettlage bringt; erst dann löst sich der Flexorenkrampf, ohne irgend welche Spuren zu hinterlassen. Das Experiment kann beliebig oft wiederholt werden. Oft ist die Erscheinung mit gleichzeitigem opisthotonischem Starrwerden des Nackens und der Rückenmuskulatur verbunden. Dr. Kernig hat dieses Symptom vielfach bei tuberculöser Meningitis Erwachsener sowie bei Cerebrospinalmeningitis beobachtet. In den gebräuchlichen Handbüchern wird dasselbe nicht erwähnt, und nur Seitz (in seiner Broschüre über die tub. Meningitis Erwachsener) beschreibt dasselbe als häufige Theilerscheinung allgemeiner tetanischer Krampfformen bei dieser Krankheit. Nach den Seitz'schen Angaben wird das allgemeine Starrwerden nach Aufrichten auch von Huguenin (in dem Capitel über Meningitis in Ziemssen's Handb.) kurz citirt; dass es jedoch nicht ausschliesslich bei der tub. Meningitis, sondern auch bei anderweitigen Flächenerkrankungen der Hirnrinde vorkommen kann, hat Vortragender an einer 62jährigen Patientin beobachtet, welche am 3. Krankheitstage in die weibliche Abtheilung des Obuchow-Hospitals aufgenommen worden war; sie war leicht benommen, klagte über Kopfschmerz, zeigte leichte Nackenstarre und Druckempfindlichkeit

im Nacken und geringes Fieber; sobald man die Patientin im Bett aufsetzte, geriethen die Beine in den beschriebenen starren Zustand, wobei sie im Knie einen Winkel von etwa 145^0 bildeten. Pat. starb unter meningitischen Erscheinungen und die Section ergab einen flächenhaften Bluterguss in die Pia mater und Buterguss in die Ventrikel; auf Veränderungen des Rückenmarkes ist nicht geachtet worden. — Huguenin glaubt die Entstehung dieses Symptoms auf anatomische Veränderungen an der oblongata und am Rückenmark zurückführen zu müssen, während Vortragender meint, dass vielleicht die statischen Druckverhältnisse in der Ventricular- und Cerebrospinalflüssigkeit, welche beim Aufsetzen der Pat. eine Aenderung erleiden müssen, diese Erscheinung hervorrufen könnten.

Dr. Wulff hat vorübergehende Nacken- und Rückenstarre, die durch das Aufsetzen der Patienten hervorgerufen werden konnte, öfter bei jungen und sehr alten Personen in den verschiedensten Fieberzuständen und bei Alcoholismus beobachtet, und glaubt, dass dieselbe nicht ausschliesslich für meningeale Erkrankungen charakteristisch sei; auf das Verhalten der Beine hat er dabei nicht geachtet.

Dr. Erichsen bestätigt diese Erfahrungen Dr. Wulff's. Dr. Kernig betont, dass dieses Steifwerden beim Aufrichten alter Leute, welches auch ihm bekannt sei, mit dem soeben von ihm beschriebenen Symptomencomplex Nichts gemein habe und mit demselbeu nicht identificirt werden dürfte.

Dr. Tiling macht auf die Hitzig'schen Untersuchungen über die Entstehung der Contracturen in paralytischen und subparalytischen Muskelgruppen aufmerksam; wie hier durch Mitbewegung Contractionen in den gelähmten Muskeln ausgelöst werden können, die vom Willenseinfluss unabhängig sind, und, weil sie sich daher später nicht mehr lösen können, schliesslich in Contracturen übergehen, so könnten vielleicht auch die besprochenen tonischen Krampfzustände in den unteren Extremitäten sich durch nicht intendirte Bewegungsimpulse erklären, die in niedriger gelegenen Bewegungscentren zur Geltung kommen, welche in Folge der Meningitis dem Willenseinfluss bis zu einem gewissen Grade entzogen sind.

Dr. Moritz macht auf den durch forcirte Dorsalflexion des Fusses hervorzurufenden Clonus im Fussgelenk aufmerksam und glaubt dass die von Dr. Kernig beschriebene Erscheinung in die gleiche Kategorie mit diesem falle.

Dr. Lindes referirt die Krankheitsgeschichte eines an Meningitis tub. zu Grunde gegangenen Kindes, bei dem in der zweiten Hälfte der Krankheit sehr deutliche opisthotonische Krämpfe reflectorischer Natur mit gleichzeitigem Steifwerden der Extremitäten eintraten.

Dr. Serck führt an, dass bei der Meningitis tub. der Kinder sowohl klinische, als tonische Krämpfe leicht durch sensible Reize reflectorisch ausgelöst werden können.

Stellv. Secretair: Dr. K. Dehio.

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 11. Dezember 1882. (Originalbericht).

38) Herr **Hirschberg** demonstrirte einen Fall von *Sehstörung bei einem Paralytiker,* einem 49 jährigen Manne, bei dem Lues und Diabetes ausgeschlossen war. Das periphere Gesichts- und Farbenfeld waren normal, während die centrale Sehschärfe auf $^1/_6$ herabgesetzt war. Gegen die Annahme einer Tabaksamblyopie sprach die Verschlimmerung trotz dreimonatlicher Abstinenz, die centrale Amblyopie zeigte während der Beobachtung unzweifelhafte Ausdehnung. Die Scheibe des Sehnerven war weissgrünlich, die Grenzen scharf. Vortr. bemerkt, dass er ausser diesem *progressiven Centralscotom* noch 2 Formen eigenthümlicher Sehstörung bei Paralytikern beobachtet habe. Die allgemeine *Amblyopie,* auf grauer Degeneration des Sehnerven beruhend und die Hemianopsie. Dass Sehnervenatrophie bei Paralytikern so häufig vorkomme, wie Clifford Albutt behauptet, sei zweifelhaft.

Herr Wernicke erwähnte einen Fall von Sehstörung bei einem 60 jährigen Paralytiker, dessen Augenhintergrund kein abnormes Bild zeigte, dessen Sehfeld aber fleckenweise zerstreute amblyopische Stellen zeigte. Die Sehstörung sei hier wahrscheinlich central begründet, beruhe auf fleckenweisem Ausfallen der Errinnerungsbilder.

39) Herr **Gnauck** besprach einen *Fall von Hemiopia heteronyma lateralis.* Ein 35 jähriger nicht belasteter Mann bemerkte im Dezember 1881 Sehschwäche auf dem linken Auge, später auf dem rechten, litt dabei an Kopfschmerz und Ohrensausen; im März starke Zunahme der Sehstörung und heftige plötzliche Kopfschmerzen, die sich später bis zum Kreuz hinabzogen. Ende März liess Pat. sich in die Charité aufnehmen. Hier wurde constatirt: Kniephänomen fehlend, Beklopfen des rechten Scheitelbeines schmerzhaft, Pupillen reactionslos auf Licht und Convergenz, Sehkraft links ganz erloschen, rechts können Finger auf einige Zoll gezählt werden. Fixirung rechts excentrisch temporal, Gesichtsfeld rechts stark eingeengt. Langsamer Puls, schläfriges Wesen. Anfang April schwanden die Kopfschmerzen, die rechte Pupille reagirte ein wenig; Wiederkehr des Kniephänomens. Anfang Mai sieht Pat. auch links nach innen Lichtschimmer, Mitte Mai wurde Pat. entlassen, auf beiden Augen liess sich temporaler hemiopischer Defect nachweisen, der fast bis zum Centrum ging; die Pupillen reagirten beide, die linke Papille war etwas verfärbt. Die S. betrug rechts $^1/_2$ links $^1/_{12}$. Der Zustand ist stationär geblieben bis fast zur Zeit der Vorstellung des Kranken. Bezüglich der Diagnose bemerkt der Vortr., dass die Störung auf einer Erkrankung des Chiasma beruhen müsse, ob in dessen hinterem oder vorderem Winkel, sei ungewiss, bei einem analogen, von E. Müller beschriebenen Falle sass ein Tumor im vorderen Winkel; da bei Sitz im hinteren gewöhnlich Muskelstörungen bestehen, die hier fehlten, sei Erkrankung des vorderen Winkels hier wahrscheinlicher. Eine annehmbare Erklärung der Pupillenstarre könne Vortr. nicht geben.

Herr Moeli sprach *über secundäre Degeneration* mit Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate (durch Experimente an Thieren gewonnen).

Matusch (Dalldorf).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

40) Aus Berlin. Die Zahl der städtischen Irren ist in beständigem Wachsen. Ende 1880 gab es deren 1240; das Jahr 1881 schloss bereits mit 1435 ab, und Ende 1882 war ihre Zahl auf 1620 gestiegen. Dass die städtische Anstalt unter diesen Verhältnissen bald einer Erweiterung bedarf liegt auf der Hand; wir wollen im Interesse der Kranken und des städtischen Budgets wünschen, dass der überaus glückliche Gedanke, die Gehöfte und Baulichkeiten auf den Rieselfeldern zu einer *Irrencolonie* umzuschaffen recht bald zur Ausführung kommt. Auch für die idiotischen Kinder reichen die Räume der erst vor Kurzem eröffneten, mit der Anstalt in Dalldorf verbundenen Idiotenanstalt nicht aus. In dieser sind jetzt 75 Kinder verpflegt, während ihrer weitere 16 einer Privat-Anstalt haben überwiesen werden müssen.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Eberswalde bei Berlin, II. Hilfsarzt; 1200 M. freie Station. 2) Wehnen (Oldenburg), Assistenzarz.; 1. März, 1200 im ersten, 1500 im zweiten Jahre, fr. Stat. 3) Halle a. S. (Prov.-Irr.-Anst.) II. Volontairrazt, sofort, 1200 M. freie Station I. Classe. 4) Saargemünd (Lothr. Bez.-Irrenanstalt), II. Assistenzarzt sofort, 1000 M. freie Station. Französische Sprachkenntniss erforderlich. 5) Ueckermünde (pomm. Prov.-Anst.) Director. 6000 M., Dienstwohnung etc. Meldungen an den Landesdirector der Prov. Pommern, Dr. Freiherrn von der Goltz in Stettin. 6) Bernburg (Landes-Heil- und Pflege-Anstalt für Geisteskranke), Assistenzarzt, 1500 M., freie Station I. Classe; psychiatrische Vorbildung erforderlich. 7) Stephansfeld-Hoerdt (elsäss. Bez.-Irren-Anstalt) Assistenzarzt, 900 Mark, fr. Stat. 8) Valduna (österr. Landesirrenanstalt in Vorarlberg), Director; 1500 fl. ö. W., Wohnung, Holz, Garten etc. Meld. bis Ende Febr. an den Landeshauptmann Karl Graf Belrupt in Bregenz. 9) Die Kreisphysicate Burgk (Greiz), Delitsch (Merseburg), Gnesen, Geilenkirchen, Lippstadt (Arnsberg), Münsterberg (Breslau), Oberbarnim, Amtssitz Freienwalde a. O. (Potsdam), Salzwedel (Magdeburg).

Auszeichnungen. Prof. Dr. Westphal in Berlin erhielt den Titel Geheimer Medicinalrath. Dr. Schöneberg und Dr. Zober beide in Berlin erhielten den Titel Sanitätsrath.

Ernannt. Dr. Mau in Callies zum Physicus des Kreises Schievelbein. Dr. Sioli, II. Arzt in Leubus zum Director der Prov.-Irren-Anstalt zu Bunzlau. Dr. Strümpell in Leipzig zum Prof. extraordin. Zum dirig. Arzte der Kaltwasserheilanstalt Marienberg ist an Stelle Burkart's dessen Schwager Dr. Höstermann, bisher Director der österr. Irrenanstalt in Valduna ernannt.

Versetzt. Kr.-Physicus Dr. Hildebrand von Grimmen nach Homberg i. H.

Todesfälle. Dr. Friedrich Fieber, der bekannte Elektrotherapeut in Wien. Kreisphysicus Dr. Flitner in Lippstadt.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. **1. Februar 1883.** **Nro. 3.**

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Ein Fall von halbseitiger Gesichtsatrophie von Prof. Bernhardt in Berlin.

II. REFERATE. 41) Kowalewski: Die Beziehungen des Linsenkerns zur Gehirnrinde beim Menschen und bei Säugethieren. 42) J. Tuvim: Ueber die physiologischen Beziehungen des Ganglion cervicale supremum zur Iris und den Kopfarterien. 43) W. K. Roth: Ein neues Thermaesthesiometer. 44) Belfield: Ueber depressorische Reflexe, erzeugt durch Schleimhautreize. 45) Mierzejewsky: Ueber das Verhältniss des Hirnstiels zur Haube in abnorm entwickelten Gehirnen. 46) A. v. Hüttenbrenner: Ueber ein Neurom der Dura mater. 47) Emerich Navratil: Ueber Gehirnabscesse. 48) Kornél Lichtenberg: Ueber den Ménièr'schen Ohrenschwindel und das Verhältniss desselben zur Seekrankheit. 49) A. Nieden: Zur Casuistik der nach traumatischen Verletzungen des Hirns und Rückenmarkes auftretenden Augenstörungen. 50) Adamkiewicz: Ueber tabes dorsalis. 51) Ormerod: Symmetrische syphilitische Erkrankung der Oculomotorii, mit arteriellen und anderen Läsionen. 52) Mercier: Ueber die Bedingungen nervöser Entladungen. 53) Hughes Bennet: Electrodiagnostik bei Lähmungen. 54) Goodridge: 2 Fälle von Pseudo-Hypertrophie der Muskeln. 55) Sommerbrodt: Ueber eine traumatische Recurrenz-Lähmung. 56) Felix Semon: Einige Bemerkungen zu dem obigen Aufsatze Sommerbrodt's. 57) J. Glax: Ueber den Zusammenhang nervöser Störungen mit den Erkrankungen der Verdauungsorgane und über nervöse Dyspepsie. 58) A. Cahn: Ueber eine Form allgemeiner Atrophie nach Diphtherie, wahrscheinlich nervöser (trophoneurotischer) Natur. 59) H. Leisrink: Beiträge zur Casuistik der Nerven-Chirurgie speziell der Nervendehnung. 60) Ranke: Vorläufiger Bericht über die innerhalb der letzten 4 Jahre in der chirurgischen Abtheilung zu Groningen (Niederland) unter Anwendung des Thymol-Gaze-Verbands behandelten grösseren Operationen und schweren Verletzungen. 61) R. Melchior: Ein Beitrag zur subcutanen Nervendehnung. 62) Richard Quain: Handwörterbuch der Medicin etc. etc. 63) Charcot: Ueber die verschiedenen nervösen Zustände der hypnotisirten Hysterischen. 64) Eugén Konràd: Beiträge zur Lehre der Katatonie. 65) Tamburini e Riva: Dementia paralytica bei Frauen. 66) von der Herberg: Ein seltener Fall von Situs inversus der Unterleibsorgane bei einem Paralytiker. 67) Joseph Wiglesworth: Die Pathologie der allgemeinen Paralyse. 68) Julius Mickle: Paralyse nach Schädelverletzung. 69) Sev. H. Savage: Auftreten ähnlicher Attaquen von Melancholie bei Zwillingen. 70) Clifford Gill: Manie bei Zwillingen. 71) v. Krafft-Ebing: 3 Gutachten über zweifelhafte Geisteszustände. Konkurrenz von Belastung, Trunk und Affekten. (Schluss.)

III. VEREINSBERICHTE. 72) Remak: Ueber das Edelmann'sche Einheitsgalvanometer. 73) Mendel: Ueber den funiculus solitarius.

IV. NEUESTE LITERATUR. V. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Ein Fall von halbseitiger Gesichtsatrophie.

Von Prof. BERNHARDT in Berlin.

Wenn in heutiger Zeit von einem Leiden, welches seit mehr denn 40 Jahren bekannt ist, die Gesammtheit der in der Literatur aufzufindenden Fälle die Zahl 50 noch nicht erreicht, so ist man wohl berech-

tigt, eine derartige Affektion als eine seltene zu bezeichnen und die Casuistik um eine neue Beobachtung zu vermehren. In diesem Sinne erlaube ich mir in Kürze die Geschichte einer jungen 19jährigen Dame mitzutheilen, welche vor nunmehr vier Jahren als erstes Symptom der jetzigen Krankheit das Auftreten brauner Flecke an Stirn und Wange linkerseits bemerkte. In Folge einer Einreibung mit einer Salbe (unbekannter Zusammensetzung) entzündete sich die Haut der ganzen linken Gesichtshälfte, indessen ging diese Entzündung scheinbar ohne besondere Folgen bald zurück. Erst einige Monate später traten die ersten Spuren einer „Vertiefung“ an den Stellen ein, welche vorher der Sitz der Hautverfärbung gewesen waren.

An der linken Gesichtshälfte fällt zunächst eine Rinne auf, die am inneren Ende der linken Augenbraue beginnend in der Richtung des n. frontalis in einer Breite von $1^1/_2$—2 cm. nach oben und aussen aufsteigt und sich bis zum Scheitelbein hin, die Kronennath wie es scheint noch überschreitend und breiter werdend, fortsetzt. Der oberste Theil dieser Depression wird durch das in seiner Färbung zwar nicht veränderte, aber im Vergleich zu rechts an dieser Stelle sehr viel dünner stehende Kopfhaar verdeckt. Unmittelbar oberhalb der Mitte des linken margo supraorb., aber durch eine 1—$1^1/_2$ cm. breite, normale Stelle von der zumeist nach innen gelegenen, medialsten Einsenkung getrennt, liegt eine zweite flach eingesunkene Stelle, (im Verlauf des n. supraorbitalis), welche ihrerseits wieder durch eine unveränderte Region von einer dritten Depressionsstelle an der linken Schläfenseite oberhalb des linken Jochbogens getrennt ist. Unterhalb des letzteren vor der Parotisgegend liegt eine vierte und nach abwärts und innen vom os zygomat. selbst, in der eigentlichen Wangengegend, eine fünfte Depressionsstelle.

Die Hautfarbe der linken Gesichtshälfte ist im Ganzen dieselbe wie rechts; nur etwas nach oben und aussen vom linken Mundwinkel findet man eine übrigens nur undeutlich sichtbare braungelbe, strichweise auftretende Verfärbung; an den eingesunkenen Stellen ist die Haut dünn und schwerer von der Unterlage abziehbar.

Weder an der Zunge noch an den Alveolarfortsätzen und den Zähnen, noch am Gaumen sind Unterschiede zwischen rechts und links zu bemerken. Die Knorpel der Nase und des äusseren Ohres zeigen links keine von der Norm abweichenden Verhältnisse. Ebenso sind die Sinne intact: das linke Auge ist so gross wie das rechte, die Sehkraft vorzüglich, die Pupillen gleichweit und auf Lichtreiz gut reagirend, die Augenbewegungen frei. Schmerzen bestehen nirgends; ebensowenig Sensibilitätsstörungen; nirgends Druckempfindlichkeit, auch nicht in der Gegend des Halssympathicus. Die Bewegungen der linken Gesichtshälfte sind durchaus frei. Die Reaktion der Gesichtsmuskulatur sowohl bei direkter, wie indirekter Reizung mit beiden Stromesarten durchaus normal, ja sogar wegen der an der linken Gesichtshälfte nachweisbaren mässigen Verminderung des Leitungswiderstandes etwas gegen rechts erhöht. Die Kaumuskeln links vollkommen intakt Die Patientin kaut sogar vorwiegend links.

An den grösseren Arterien finden sich links nirgends Abweichungen; ohne gerade röther zu sein, als die rechte fühlt sich die linke Gesichtshälfte sogar etwas wärmer an; dagegen soll sich nach Aussage der Kranken bei Rothwerden des Gesichts (in erwärmten Räumen) stets die rechte Hälfte mehr röthen als die linke. Patientin schwitzt überhaupt nicht im Gesicht; jedenfalls ist die linke (leidende) Seite in keiner Weise im Vergleich zur rechten abnorm feucht oder trocken. Ebenso wenig lassen sich in Bezug auf die Sekretion der Thränen, des Speichels, des Nasenschleims, irgend welche Anomalien für die linke Gesichts- und Kopfhälfte nachweisen.

Bekanntlich hat H. Wette (Münchener Krankenhaus-Annalen II. 1881 S. 600) neuerdings die in der Literatur bekannten Fälle von Hemiatrophia facialis progressiva gesammelt und 4 verschiedene Kategorien aufgestellt, je nachdem die Atrophie total oder partiell war, und je nachdem sie nur Weichtheile oder mit diesen auch die Knochen betroffen hat. Der vorliegende Fall würde somit etwa der Kategorie B I. (Partielle halbseitige Gesichtsatrophie, Knochen und Weichtheile betreffend) zugezählt werden können.

Mit seinem eignen Falle hat Wette 43 andere aus der Literatur zusammengestellt, wozu als 44 und 45 der Fall Küster's (Neurol. Centrbl. 1882 Nro. 2) und der meinige hinzukommen. (Es ist mir zur Zeit nicht möglich zu sagen, ob hiermit nun in der That das Register der bisher bekannt gegebenen Fälle erschöpft ist; es scheint sicher zu sein, dass die Zahl 50 noch nicht erreicht ist*).

Die meisten Erkrankungen fallen in Bezug auf ihre Entstehung innerhalb der ersten beiden Dezennien, wie es auch bei der eben beschriebenen Kranken zutraf; das eigenthümliche Verhältniss, dass die grössere Zahl der Leidenden dem *weiblichen* Geschlecht angehört, und dass vorwiegend die *linke* Gesichtshälfte betroffen wurde, wird durch den Küster'schen und unseren eignen Fall des Weiteren bestätigt.

Hereditäre Prädisposition liegt bei unserer Kranken nicht vor; eine Verwundung der linken Hals- oder Gesichtsseite hat nicht stattgefunden; die Entzündung der linksseitigen Gesichtshaut kam zufällig (naoh einer reizenden Einreibung) und erst *nach*dem schon die braunen Flecke im Gesicht aufgetreten waren (bekanntlich oft die frühesten Zeichen einer Ernährungsstörung in derartigen Fällen) zu Stande.

Innerhalb der letzten Monate scheint das Leiden nicht weiter vorgeschritten zu sein; ob zu diesem Resultat eine elektrische Kur [Galvanisation durch den Kopf (proc. mastoidei) und des Halsmarks (sogenannte Sympathikusbehandlung), mässige Faradisation der linkseitigen Gesichtsmuskeln] etwas beigetragen, will ich weder behaupten, noch verneinen. Abgesehen von der beschriebenen Affektion zeigte unsere Kranke nirgends Abweichungen vom Normalen; ihr Allgemeinbefinden war und ist vortrefflich.

Berlin, 11. Januar 1883.

---

*) Da ich die Arbeit Wette's nicht zur Hand habe, bin ich auch ausser Stande zu sagen, ob die beiden von Virchow und Flashar 1880 in der Berl. Klin. Wochenschr. Nro. 29 und 31 publicirten Fälle von Wette mitgerechnet worden sind.

II. Referate.

41) **Kowalewski** (Charjkow): Die Beziehungen des Linsenkerns zur Gehirnrinde beim Menschen und bei Säugethieren. (Vorl. Mitth. in Medizinskoie Obosrenie (medic. Rundschau.) 1882. Dec. pag. 903 (russisch.)

Verf. ist auf Grundlage seiner vergleichend-anatomischen (an Menschen, Hunden, Affen, Katzen, Delphin, Reh, Meerschweinchen, Kaninchen, Maulwurf und Fledermaus im Laboratorium des Prof. Meynert in Wien angestellten Untersuchungen) zu folgenden, den Ansichten Henle's und Wernicke's widersprechenden Resultaten gelangt:

1. Das äussere Glied des Linsenkerns enthält unmittelbar Fasern aus der corona radiata, capsula interna und capsula externa.
2. Ein Theil dieser Fasern endigt im äusseren Abschnitte des äusseren Gliedes des Linsenkernes, ein anderer Theil durchzieht das ganze Glied und tritt in die lamina medullaris und das 2. Glied ein.
3. Aus dem inneren Drittel des äusseren Gliedes des Linsenkerns gehen neue Fasern zum mittleren Gliede.
4. Dieses erhält Fasern aus der corona radiata, der inneren Kapsel und der lamina medullaris.
5. Das innere Glied erhält Fasern aus der innern Kapsel und theilweise aus dem mittleren Gliede.
6. Der geschwänzte und der Linsenkern stellen *ein*, durch die innere Kapsel in 2 Theile geschiedenes Ganglion dar.
7. Bei einigen Thieren sieht man Fasern aus der corona radiata zum Nucleus caudatus ziehen. Hinze (St. Petersburg).

---

42) **J. Tuvim:** Ueber die physiologischen Beziehungen des Ganglion cervicale supremum zur Iris und den Kopfarterien. (Militär. medizinisches Journal 1882, Sept. russisch.)

Auf Grund von physiologischen Experimenten an Fröschen, Kaninchen und Katzen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Das Ganglion cervicale supremum hat unabhängig vom Centralnervensystem nicht nur trophischen, sondern auch tonischen Einfluss auf die Nervenfasern, die von ihm zur Iris gehen.
2. Der das Gangl. cerv. supr. mit dem n. hypoglossus verbindende Zweig dient nicht als Leiter der cerebrospinalen Reflexe zur Iris.
3. Die vom Gangl. cerv. supr. zu den Kopfarterien gehenden Fasern haben keinen tonischen Einfluss auf dieselben.

Buch (Helsingfors).

---

43) **W. K. Roth:** Ein neues Thermästhesiometer. (Medizinsk. Obofrenie. 1882. Dec. pag. 807—9.)

Verf. demonstrirte seinen Apparat in der Moskauer medizinischen Gesellschaft. Er besteht aus einem $3^1/_2$ Ctm. breiten und 4 Ctm. hohen Messingcylinder, aus dessen Deckel ein in Messing gefasstes

und in halbe Grade (R.) getheiltes, festeingeschraubtes Thermometer hervorragt, welches den Boden des Cylinders beinahe berührt. Neben dem Thermometer befinden sich $^1/_2$ Ctm. weite Messingröhrchen, von denen das eine nur ein wenig in das Lumen des Cylinders hineinragt und durch sein rechtwinkelig gebogenes oberes Ende mit einem birnförmigen festen Gummiballen zusammenhängt. Das andere bogenförmige Röhrchen erreicht mit seinem untern Ende beinahe den Boden des Cylinders, das obere kürzere ist mit einem Gummischlauche behufs bequemeren Einsaugens von Wasser aus verschieden geformten Gefässen versehen.

Will man einen Kranken auf seinen Wärmesinn untersuchen, so hält man mit der Hohlhand und den 3 letzten Fingern den Apparat an seinem Halse und zwar in jeder Hand einen Apparat. Dann drückt man, nach vorgängigem Eintauchen des Kautschuckrohrs in ein wasserhaltiges Gefäss den Ballon zusammen und lässt ihn wieder los, worauf das Wasser in den Cylinder eindringt. Man kann durch abwechselndes Einsaugen von kaltem und warmem Wasser sehr bald die gewünschte Temperatur im Cylinder erhalten, dann bringt man die Differenz in der Temperatur beider Cylinder auf 1^0 und misst in bekannter Weise den Temperatursinn der Haut, wobei, wenn nöthig, die Differenz auf 2, 5, 10^0 u. s. w. vergrössert werden kann. Gewöhnlich kann man schon ein Resultat der Prüfung von dem Erkalten der Cylinder erhalten, ein solches ist übrigens nicht wesentlich, weil ja beide Cylinder gleichzeitig an Wärme einbüssen. Folgende Tabelle giebt einige Daten über die Schnelligkeit, wit welcher die Cylinder bei verschiedenen Temperaturgraden erkalten resp. erwärmen.

Von	45^0—44	Erkalten	in 1	Miuute.
„	33^0—32	„	„ 2	„
„	25^0—24	„	„ 4	„
„	18^0—17	„	„10	„
„	10^0—11	Erwärmen	„11	„

Dieses neue Verfahren soll nach Verf. den Vorzug der Einfachheit und Schnelligkeit vor andern Methoden haben.

Hinze (St. Petersburg).

---

44) **Belfield:** Ueber depressorische Reflexe, erzeugt durch Schleimhautreize. (Arch. f. Anat. u. Physiol. Physiol. Abth. 1882. H. 3.)

Verf. experimentirte an Hunden, die gerade nur so viel curarisirt waren, um allgemeine Reflexe zu verhindern. Ein Stab der am Ende einen Kautschuckring trug, wurde in das Rectum oder die Vagina eingeführt und mit demselben die Schleimhaut sanft gerieben. Bei jüngeren und nicht zu stark curarisirten Hunden erfoltge auf diesen Reiz eine Verminderung des Blutdruckes in der Carotis um 5—52%. Die Depression erfolgt am wirksamsten bei Reizung der Orificien.

Verf. fand, dass die aus dem Lendenmark entspringenden Nerven die centripetalen Bahnen für diese depressorischen Reflexe darstellen, und dass die nervi splanchnici die depressorischen Impulse zu den Gefässen leiten.

Buch (Helsingfors).

---

45) **Mierzejewski** (Petersburg): Ostosemika szyputki mözgawy do jej czepca mozgach nilprawidtowo rezwincetych. (Ueber das Verhältniss des Hirnstiels zur Haube in abnorm entwickelten Gehirnen. (Przeglad lekarski Nro. 39, 82.)

M. fand Gelegenheit, den Befund Meynert's, betreffend das gegenseitige Grössenverhältniss von Stiel und Haube (jener ist als Leiter der willkürlichen Bewegungen bei Erwachsenen, diese als Leiter der Reflexe beim Neugeborenen stärker entwickelt) an 2 Idiotenhirnen zu bestätigen, während ein drittes den Hirnstiel stärker entwickelt zeigte. M. fand die Haube überall da grösser, wo die Stirn- und Centralganglien in der Entwicklung zurückgeblieben waren, während er aus einem Falle folgert, dass Entwicklungshemmung der Occipital- und Schläfengyri Entwicklungshemmung der Haube nach sich zieht. M. schliesst mit einigen hypothetischen Betrachtungen.

Landsberg (Ostrowo).

---

46) **A. v. Hüttenbrenner**: Ueber ein Neurom der Dura mater. (Zeitschr. f. Heilk. III. B.)

In der Nähe des Sichelblutleiters linkerseits, etwa in der Höhe der kleinen Fontanelle fand sich bei einem 8jährigen Mädchen eine haselnussgrosse höckerige Geschwulst der Dura mater, welche wegen ihres histologischen Baues erwähnenswerth erscheint. Die harte Hirnhaut ging durch die Geschwulst durch und theilte sie in zwei nahezu gleiche Hälften von wesentlich verschiedener Zusammensetzung.

Nach der Härtung zeigte es sich, dass die gegen das Gehirn gerichtete Geschwulst hauptsächlich aus mehr oder minder langen und verschiedenen dicken Zotten bestand, welche sich weiter gegen die Dura hin in eine weissliche homogene Geschwulstmasse verloren. Durch die mikroskopische Untersuchung konnte nachgewiesen werden, dass die Zotten ausnahmslos aus markhaltigen Nervenfasern bestanden, während die Hauptmasse der Geschwulst bis an die harte Hirnhaut heran aus einem alveolären sehr kernreichen Gewebe zusammengesetzt war, wobei ein jeder Alveolus eine einkernige, nackte mit einem hellen grossen Kerne versehene Zelle einschloss, Zellen die eine derartige Aehnlichkeit mit den Ganglienzellen des Ganglion Gasseri darboten, dsss man sie getrost für Ganglienzellen erklären konnte; es handelte sich demnach um ein fibro-celluläres Neurom. Die Bildung eines Neuromes mit Ganglienzellen an einem Organe (Dura mater) welches zwar Nervenfasern, aber keine nachweisbaren Ganglienzellen enthält, ist jedenfalls beachtenswerth.

Obersteiner (Wien).

---

47) **Emerich Navratil** (Budapest): Ueber Gehirnabscesse. (Vortrag in der Gesellsch. d. Aerzte in Budapest am 22. April 1882.)

Verf. theilt die Gehirnabscesse in primäre und secundäre; jene kommen entweder gleichseitig auf der Seite des einwirkenden Trauma, oder contrallateral durch Contrecoup. Secundär sind solche, welche nach Uebergreifen irgendwelcher Eiterung auf das Gehirn entstehen; hierher gehören auch die metastatischen.

Es gibt Abscesse ohne Symptome oder bloss mit einem solchen z. B. Kopfschmerz, wesshalb oft die Localisation und Diognose schwierig ist.

Verf. unterscheidet drei Stadien: Beginn, Latens und terminales Stadium. Fieber ist kein pathognom. Zeichen, oft bloss Beweis einer Complication.

Spontane Heilung sei nicht unmöglich entweder durch Eiter-Resorption, oder durch Durchbruch nach aussen. Deshalb soll dieser Natur-Heiltrieb bei diagnosticirbaren Fällen unterstüzt und *trepanirt* werden; auch *in dubiösen Fällen räth er Trepanation, wenn constante Erscheinungen* auf Abscesse deuten.

Asepsis und Drainirung spielen in der Nachbehandlung die Hauptrolle; wie man trotzdem Eitersenkungen und Meningitiden vorbeugt, ist zu eruiren.

Seine zwei Fälle sind folgende:

1.) Thalergrosse complicirte Fractur an der l. Seite des Schädeldaches; Entfernung der Knochensplitter durch Schädelwunde; Heraustreten eines nussgrossen Stückes Gehirnsubstanz, welche *gangränös geworden*, entfernt wurde. 8 Tage intermitt. Fieber Lähmung der Extremitäten rechts. Facialislähmung und Aphasie, nach Eiterentleerung Cessirung des Fiebers. Pat. konnte am 30. Juni sprechen, herumgehen und mit der r. Hand essen. Besserung hielt an bis 23. Juli; dann wieder Lähmung von oben nach unten und Aphasie. Tod in Folge von Meningitis am 1. September. Bei der Section in den zwei hinteren Windungen des Stirnlappens trichterförmiger Substanzverlust, Meningitis.

2.) Nach einem Schlage auf den Kopf am 14. Dez. 1881 Schwäche und dann Lähmung im r. Bein; am Schädeldach in 3 Tagen 4 Ctm. lange granulirende Wunde. Pat. soporös; totale Facial-Lähmung; Aphasie; incontinentia alvi, urinae. Am 18. Dez. Trepanation, Entleerung von 30 Gramm Eiter; dann stete Besserung bis zum 15. Januar; Drainrohr entfernt. Am 2. Febr. rechtseitige klonische Krämpfe durch Eiterretention; vernarbte Wunde aufgeschnitten, 15 Gramm Eiter entleert. Bis 12. März ohne Krämpfe, dann Wiederholung der Convulsionen: *neuerliche Trepanation entlang des Sulcus longitudinalis,* welcher in Folge langer Eiterung von seiner Stelle verschoben war. Kein Eiter, aber die Convuls. blieben anhaltend; Lähmungen unter mening. Symptomen. *Tod am* 30 März; *101 Tage nach der 1. Trepanation.*

Sectionsbefund: Meningitis; in der l. Hemisphäre 2 Ctm. von der Längsfurche in Pia und Corticalis ein 4 Kreuzer grosser Substanzverlust, welcher *kanalförmig* im Gehirne zur obersten Schichte des Corp. striatum führt.

Nach Verf. ist die Ursache der Meningitis bloss die anatom. Structur des Gehirns. In Zukunft soll durch vollkommenere chirurg. Eingriffe Eitersenkung verhütet, und Resorption des Eiters durch Venen hintangehalten werden.

Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

48) Kornél Lichtenberg (Budapest): Ueber den Ménièr'schen Ohrenschwindel und das Verhältniss desselben zur Seekrankheit. (Vortrag in der XXII. Wanderversammlung der ungar. Aerzte und Naturforscher. Debreczin 20—27. Aug. 1881.)

Nach Erörterung der bekannten Symptome der Ménièr'schen Krankheit: Taubheit, Ohrensausen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen jeglicher Art, Ohnmacht, Erbrechen, Bewusstlosigkeit und hochgradige unheilbare progressive Schwerhörigkeit, mit deren Defectwerden die übrigen Symptome aufhören, beschreibt Verf. noch einen Symptomencomplex, der mit dem geschilderten eine auffallende, bisher nicht näher gewürdigte Analogie besitzt: die *Seekrankheit: Neuropathie.*

In beiden Fällen ist Gleichgswichtsstörung des Allgemeinbefindens, Kopfweh, Ohrensausen, Schwindel, Blässe des Gesichtes, kalter Schweiss vorhanden; Ekel, Erbrechen schliessen den Anfall; horizontale Lage bessert den Zustand.

Vortragender versucht hierauf den anatomischen und physiologischen Nachweis, dass die Seekrankheit sowohl nach ihren Symptomen, als deren Reihenfolge, dann zufolge der inneren und äusseren Ursachen ihrer Entwicklung eine dem Ohrenschwindel analoge Krankheit bei, mit dem Unterschied, dass der Ausgangspunkt jenes Reflexes, der den ersten Anfall hervorbringe, beim *Vertige otopatique* im Labyrinth des Ohres liegt, von hier mittelst Nervenbahnen abwärts zum Magen hinunterläuft, während die Seekrankheit ihren Urspsung, die Entstehungs-Quelle ihres Reflexes im Magen hat und durch nachgewiesene anatomische Verbindungen bis zum Gehörorgane hinaufsteigt. (Quo ad prognosin wird die Analogie sehr hinkend, da die Seekrankheit doch nie ungünstigt verläuft, was bei differentiellen Diagnosen jedenfalls sehr berücksichtigenswerth ist; wie ist der jähe Ausgleich in der angenommenen theilweisen Functionsstörung der halbkreisförmigen Kanäle zu erklären? *Ref.)* Ladislaus Pollàk (Grosswardein, Ungarn).

---

49) A. Nieden (Bochum): Zur Casuistik der nach traumatischen Verletzungen des Hirns und Rückenmarkes auftretenden Augenstörungen. (Archiv für Augenheilkunde. XII. Sep.-Abdr.)

I. *Fractura basis cranii, Amaurosis oc. sin., temporale Hemianopsie, Paralysis rect. extern. oc. dext., Diabetes insipidus. Diagnose: Partielle Discission des Chiasmas.* 2 Fälle.

Fall 1. Ein 28j. Bergmann war von einem schweren Stein gegen die linke Schläfe getroffen, bewusstlos mit dem Kopf voran 60 Mt. tief einen steil abschüssigen Schacht hinabgestürzt und unten mit dem Schädel heftigen. aufgeschlag Starke Blutung aus Nase, Mund und Ohren. In der folgenden Nacht einige Mal heftiges Erbrechen. Am Tage darauf bei der Aufnahme somnolent, doch war kurz vorher das Bewusstsein wiedergekehrt. Die Weichtheile der linken Gesichtshälfte zeigten eine starke blutig seröse Anschwellung. Eine Fractur des Schädels war weder durch Palpation noch durch Percussion zu erkennen, doch war letztere schmerzhaft. Puls verlangsamt, T. etwas erhöht (38,2 und Abends 38,8) Pat. klagt über heftigen Kopfschmerz.

Die Untersuchung der *Augen* ergab *rechts: totale Lähmung des n. abducens* u. *temporale Hemianopsie*, deren Grenzlinie genau durch den Fixationspunkt ging, während die nasale Gesichtsfeldshälfte normale S. und Farbenperception und nicht den geringsten Defect zeigte. Das *linke* Auge zeigte *absolute Amaurose*. An den Ohren zeigte sich *rechts: Taubheit, links* geringe Herabsetzung der Hörfähigkeit. Ausserdem heftiges Sausen im Schädel, besonders in der rechten Seite. Endlich bestand in der ersten Zeit der Beobachtung *Diabetes insipidus* (Harnmenge in 24 Stunden 6000—6400 CC.).

Allmählig wurde das Bewusstsein klarer, die Kopfschmerzen verloren an Intensität, dagegen traten bei den ersten Versuchen, das Bett zu verlassen — nach ca. 8 Tagen — heftige Schmerzen im Verlauf des rechten n. Ischiadicus auf, die zunächst den freien Gebrauch des Gliedes behinderten, die dann aber auch bei ruhigem Liegen periodisch auftraten. Erst nach weiteren 8 Tagen ermässigten sich auch diese Schmerzen.

Im weiteren Verlauf nahm die Polyurie langsam bis zum November ab (nach 6 Wochen 3500 CC., nach 10 Wochen 2000—2500 CC.), und auch die Lähmung des m. rectus ext. dext. zeigte sich nach halbjähriger Beobachtung vollständig geschwunden. Dagegen ist die linksseitige Amaurose und die rechtsseitige Hemianopsie unverändert die gleiche geblieben, und zeigte auch das Anfangs normal gewesene ophthalmoskopische Bild Atrophie des linken n. Opticus und des inneren oberen Quadranten der r. Papille. Bei Fixationsanstrengungen des rechten Auges zeigten sich Nystagmusbewegungen des amaurotischen linken, bei welchem die Pupillenreaction für Convergenzreize normal erhalten ist. Ebenso unverändert wie die Störung des Sehvermögens ist die des Gehörvermögens geblieben.

Wie schon die Ueberschrift besagt, lautet die anatomische Diagnose für die dauernden Störungen des Sehvermögens: *Theilweise Zerreissung des Chiasma*, wobei nur noch der laterale am meisten nach aussen rechts liegende Fascikel der trennenden Gewalt Widerstand leistete. Die vorübergehende Leitungsstörung in dem n. abducens ist Verf. geneigt in directen Zusammenhang mit der aus dem rechtsseitigen Gehörsverlust erschlossenen Fractur des Felsenbeins zu bringen, während er die anatomische Ursache des Diabetes insipidus als nicht sicher festzustellen bezeichnet. (Temporärer Diabetes insipidus im Gefolge einer Commotio cerebri ist bekanntlich schon mehrfach beobachtet. S. u. A. Ebstein, D. Arch. f. klin. Med. XI. p. 364. Auch das Zusammenvorkommen von Diabetes ins. mit einseitiger Abducenslähmung, auch in Folge eines Trauma, ist kein vereinzeltes Factum, und ist ganz neuerdings von Flatten, Arch. f. Psych. XIII., 3 berichtet worden. Ref.)

Fall 2 betrifft einen 25 j. Bergmann, und ist dem eben referirten ausserordentlich ähnlich. Auch hier alle Symptome einer Basisfractur zugleich mit einer äusseren Kopfwunde über dem linken Hinterhauptsbein und verschiedenen anderen Verletzungen. Es bestand *rechts Amaurose* und Nystagmusbewegungen bei angestrebter Fixation, *links*

Paralyse des Rectus extern. bei Amblyopie 1/4. Auch hier war die *temporale* Gesichtshälfte stärker afficirt, liess aber doch noch schwache Lichtperception erkennen, während in der *medianen* deutliches Erkennen in einem kleinem Sector möglich war; auch erwies sich das Gesichtsfeld allgemein eingeengt. Rechts totale Atrophie des Opticus, links keine abnorme Färbung der Nervenpapille. *Links Verlust des Gehörs.*

Pat. kam erst 2 Monate nach erlittener Verletzung zur Beobachtung des Verf.; seinen Angaben zufolge hat auch bei ihm in den ersten Wochen möglicherweise Diabetes bestanden. Auch in diesem Falle muss eine Zerstörung des Chiasma und zwar eine noch tiefer eingreifende als im ersten Falle angenommen werden.

II. Perforirende Schädelwunde durch Messerstiche in's linke Schläfenbein; Hemiplegia extr. dext. ohne sensorielle Störung, Paralysis abduc. sin., sensorielle Aphasie.

Der Fall betrifft einen 24jähr. Bergmann. Die Beobachtung — *gekreuzte* Lähmung der Extremitäten mit *gleichseitiger* Lähmung des Abducens in Folge einer Stichverletzung in der Gegend des *Temporallappens* der linken Hemisphäre — ist auffallend genug und anatomisch kaum zu erklären. Die Anfangs bestehende *sensorielle Aphasie* verlor sich allmählich, und auch die Extremitätenlähmung schwand bis auf geringe Reste, während die totale Abducenslähmung, mit der sich hochgradiger Strabismus convergens verband, unverändert fortbestand. Da unmittelbar nach der Verletzung vollständiger Verlust des Bewusstseins eintrat, und letzteres erst nach 3 Wochen zurückkehrte, so ist wahrscheinlich eine starke intracranielle Blutung Folge der Verletzung gewesen.

III. Commotio med. spinalis et cerebri. Unbedeutende Anfangssymptome, später progressives Spinalleiden (Ataxie), Exophthalmus oc. utr., Atrophia nervi optici, langsame Besserung des Allgemeinleidens.

S..., ein 19jähr. Bergmann, wurde beim Einfahren mit dem jäh nach unten gehenden Förderkorb heftig auf den Grund des Schachtes aufgesetzt. Blutung aus Nase und Mund, offenbar durch directes Aufschlagen des Kopfes und Gesichtes, welches letztere später stark anschwoll. Nach kurz dauernder Bewusstlosigkeit konnte Pat. ohne Unterstützung nach Hause gehen, und 3 Wochen später nach Heilung der geringfügigen äusseren Verletzungen die Arbeit wieder aufnehmen. Nur musste er Anstrengungen und gewisse Haltungen des Kopfes vermeiden, weil bei letzteren und zwar mit der Zeit immer mehr, sofort *Kopfschmerzen*, *Schwindel* und *Brechneigung* auftraten. Zuletzt war er nur in Horizontallage schmerzfrei. Erst nach 3/4 Jahren wurde er arbeitsunfähig, indem sich die Beschwerden steigerten und sich ausserdem *Ataxie beider Unterextremitäten* sowie zunehmende *Sehschwäche* des rechten Auges einstellte. Ausserdem *Exophthalmus* beiderseits mit Zurückbleiben der obern Lider beim Blick nach abwärts. Die Untersuchung der Augen ergab rechts ausgesprochene, links geringe Atrophie des n. opticus, rechts im weiteren Verlauf

ausserdem hintere Polarcataract. Bei horizontaler Körperlage und galvanischer Behandlung am Rücken trat allmählich eine Besserung der Allgemeinsymptome — Schmerzen, Schwindel, Uebelkeit — ein, so dass Pat. das Bett verlassen und schliesslich längere Strecken gehen konnte, trotzdem die Ataxie unverändert blieb. Auch die atactischen Störungen waren rechts stärker ausgeprägt als links, und war auch der Patellarsehnenreflex rechts vollständig erloschen, links dagegen noch schwach nachweisbar. Während die Atrophie der Optici langsam fortschritt, bildete sich der Exophthalmus um ein weniges zurück. Dehn (Hamburg).

---

50) **Adamkiewicz** (Krakau): O wiadze rdzenia pacierzowego. (Ueber tabes dorsalis.) (Przeglàd lekarski Nro. 25 u. 26, 1882.)

Nach einer historischen Einleitung erläutert A. durch Beschreibung und Zeichnung den Sectionsbefund des Brust- und Halsmarks eines an accidenteller Krankheit verstorbenen Tabikers, welcher dadurch auffallend war, dass die Hinterstränge auf Querschnitten statt der gewöhnlichen diffusen Entartung fünf symmetrisch gelegene Paare von Entartungsherden darboten, welche sich von dem Verlaufe der Blutgefässe in den Hintersträngen abhängig zeigten. A. stellte deshalb Untersuchungen über Gefässverbreitung im menschlichen Mark an, welche folgende Resultate ergaben: Die grösseren arteriellen Stämmchen bilden längs der vorderen Incissur des Marks eine Kette von Gefässverbindungen, aus welcher kleine Arteriolen durch die vordere Incissur bis zur vorderen Kommissur dringen (arteriae sulci). Hier theilt sich jede in 2 Zweige, welche nach auswärts verlaufen, um sich in ein Capillarnetz aufzulösen und den entsprechenden Theil der grauen Säulen zu versorgen (arteriae sulco-commisurales). Der Blutstrom verläuft in ihnen in centrifugaler Richtung, während derselbe in dem Kranz der arteriellen Stämmchen welcher das übrige Mark versorgt, centripetal verläuft.

A. unterscheidet in ihm 3 Kategorien von centripetal im Mark verlaufenden Gefässen und erläutert ihren Verlauf durch eine Zeichnung eines injicirten Querschnitts. 1. Randgefässe. 2. Gefässe der weissen Substanz, unter denen man ein paariges und ein unpaariges Stämmchen unterscheiden kann. Das unpaarige nennt er arteria fissurae die paarigen wegen ihres Verlaufs zwischen den Goll'schen und Burdach'schen Strängen (arteriae interfuniculares). 3. Gefässe der grauen Substanz, welche den Rest dieser versorgen.

Zu den Gefässen die durch die Hinterstränge hindurchgehen und von da in die graue Substanz eintreten gehören 1. solche, die mit den hinteren Wurzelbündeln in die grauen Hinterhörner eintreten (arteriae radicum posteriorum) 2. Die arteriae cornuum posteriorum posticae.

Es zeigt sich, dass die Entartungsherde völlig mit dem Verlauf der Gefässe der Hinterstränge übereinstimmen. A. schliesst seine Arbeit, indem er die Nothwendigkeit statuirt, die Tabes in eine interstitielle und in eine parenchimatöse zu trennen.

Landsberg (Ostrowo).

---

51) **Ormerod** (London): Case of symmetrical syphilitic disease of the third Nerves, with arterial and other Lesions. (Symmetrische syphilitische Erkrankung der Oculomotorii, mit arteriellen und anderen Läsionen.) (Brain, Juli 1882.)

Verf. beschreibt ausführlich einen Fall von Lues des centralen Nervensystems, wobei auf beiden Augen die Action der Muskeln, welche die Erhebung der Bulbi vermitteln, aufgehoben war. Ausser verschiedenen anderen Localisationen der Syphilis fand sich bei der Section eine intensive Degeneration der beiden Oculomotoriusstämme. Auffallend erscheint dabei die relativ geringe Functionsstörung, da nur die erwähnte Paralyse der Elevationsbewegung bestand.

Pierson (Dresden).

---

52) **Mercier** (London): On the conditions of nervous discharche. (Ueber die Bedingungen nervöser Entladungen.) (Brain, October 1882.)

Speculative Betrachtungen im Sinne Hughlings-Jackson's, für ein Referat nicht geeignet. Pierson (Dresden).

---

53) **Hughes Bennett** (London): Practical observations on Electro-Diagnosis in Paralysis. (Electrodiagnostik bei Lähmungen.) (Brain Juli 1882.)

Verf. erörtert an der Hand einer Anzahl interessanter Fälle den Werth der Electrodiagnostik in der Beurtheilung der verschiedenen Lähmungsformen.

Pierson (Dresden).

---

54) **Goodridge** (Bath): Two cases of Pseudo-Hyperthrophic Muscular Paralysis. (2 Fälle von Pseudo-Hypertrophie der Muskeln.) (Brain, Juli 1882.)

Die Beobachtung betrifft zwei Geschwister männlichen Geschlechts, welche an ausgesprochener Pseudohypertrophie (Lipomatose) der Muskeln leiden.

Pierson (Dresden).

---

55) **Sommerbrodt** (Breslau): Ueber eine traumatische Recurrens-Lähmung. (Berl. klin. W. Nro. 50.)

56) **Felix Semon** (London): Einige Bemerkungen zu dem obigen Aufsatze Sommerbrodt's. (Ebendas. 1883. 1.)

Wegen einer schmerzlosen Vergrösserung des l. Lappens der Schilddrüse wurden von einem practischen Arzte Injectionen von Jodtinctur mittelst der Pravaz'schen Spritze in loco gemacht. Bei Gelegenheit der 6. Injection wurde die betr. Patientin vollkommen aphonisch. Nach der Diagnose Sommerbrodt's handelte es sich um eine *complete linksseitige* und eine *complete rechtsseitige* Lähmung des *N. recurrens vagi.* An der rechtsseitigen Lähmung waren die Glottisöffner mehr betheiligt als die Schliesser. Die auffallende Thatsache, dass nach *einseitiger* Recurrensverletzung (in unserm Falle durch die Canule) *doppelseitige Lähmung* des Recurrensgebietes eintrat, erklärt Verf. durch Annahme von *Reflexparalyse.*

Langreuter (Dalldorf).

Semon bestreitet die Richtigkeit von S.'s Diagnose, hebt hervor, dass der Recurrens nur centrifugale Fasern führt, dass also bei seiner Verletzung eine Reflexwirkung nach dem Centrum absolut ausgeschlossen ist. Er ist der Ansicht, dass im vorliegenden Falle nicht der Recurrenz, sondern der Vagus verletzt worden ist. „Druck auf einen Recurrenz kann nur einseitige Kehlkopfmuskellähmung zur Folge haben". „Druck auf den Stamm des Vagus kann durch Action auf das Nervencentrum entweder doppelseitigen Krampf oder doppelseitige Lähmung des Kehlkopfs bewirken" (Johnson). Erlenmeyer.

---

58) **J. Glax** (Graz): Ueber den Zusammenhang nervöser Störungen mit den Erkrankungen der Verdauungsorgane und über nervöse Dyspepsie. (Volkmann, Sammlung klin. Vorträge. Nro. 223. 1882.)

Verf. hält die bekannte, von Rosenbach beschriebene Vagusneurose für eine Theilerscheinung der nervösen Dyspepsie, ja er geht noch einen Schritt weiter und erklärt die nervöse Dyspepsie überhaupt als eine Theilerscheinung der Neurasthenie. Hereditäre Belastung, schwächende Einflüssse, namentlich sexuelle Excesse, anstrengende geistige Thätigkeit, voraufgehende schwere Erkrankungen bilden die Hauptgründe sowohl für die Entstehung der Nervenschwäche, als auch für das Zustandekommen der Dyspepsie asthènique. Fraglich erscheint, ob nicht schwere Magenkatarrhe, ebenso wie andere schwächende Krankheiten nach und nach zur nervösen Dyspepsie, resp. zur Neurasthenie führen können. Dass lang dauernde Verdauungsstörungen eine functionelle Erkrankung des Nervensystems zur Folge haben können, geht aus den Beobachtungen der Irrenärzte hervor. Die Therapie der Neurasthenie ist demgemäss auch diejenige der nervösen Dyspepsie. Namentlich bei den hereditär belasteten Kranken ist eine zweckmässige psychische Behandlung von Wichtigkeit, wie aus einem ausführlich mitgetheilten Falle aus des Verf.'s und v. Krafft-Ebing's Praxis erhellt. Goldstein (Aachen).

---

59) **A. Cahn** (Strassburg:) Ueber eine Form allgemeiner Atrophie nach Diphtherie, wahrscheinlich nervöser (trophoneurotischer) Natur. (Berl. kl. W. 83. Nro. 1.)

Auf der Kussmaul'schen Klinik wurde bei einem 14jährigen Knaben von kräftiger Constitution 8 Tage nach einer diphteritischen Affection eine Pharynxparese leichter Natur und eine schwere Oesophaguslähmung beobachtet. Letztere betraf die Speiseröhre in ihrer ganzen Ausdehnung, also sowohl ihre *quergestreifte wie ihre glatte Muskulatur.* Zugleich entwickelte sich eine *merkwürdige Störung der Assimilation.* Der Pat. nahm grosse Quanta von Nahrung zu sich, verdaute ohne jegliche Beschwerde, hatte quantitativ und qualitativ normalen Stuhl und Urin, hatte normale Wärmebildung und magerte trotzdem excessiv ab. Die Funktions- und Nutritionsfähigkeit der Organe war erhalten, nur die „Vis plastica" (Virchow) war erheblich abgeschwächt. Ausser herabgesteztem Kniephänomen mangelten nervöse Symptome. Nach mannigfachen

Schwankungen trat erst nach ca. 6 Monaten langsame und regelmässige Besserung ein. Vf. ist geneigt diese Stoffwechselalteration auf eine *Lähmung trophischer Nerven in Folge von Diphtherie* zurückzuführen.

Langreuter (Dalldorf).

---

59) **H. Leisrink** (Hamburg): Beiträge zur Casuistik der Nerven-Chirurgie, speziell der Nervendehnung. (Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 48. Heft 3. 1882.)

A. Zur Resection des Trigeminus.

I. Dehnung und Resection des Nervus maxillaris inferior.

Im Gegensatz zu dem von Langenbuch (Berl. klin. Wochenschrift Nro. 42. 1880) empfohlenen, sehr complicirten und von unliebsamen Folgeerscheinungen begleiteten Verfahren, tritt Verf. für die Resection des Nervus maxillaris inferior innerhalb des Canals ein und berichtet über zwei derartige mit glücklichem Erfolge von ihm operirten Fälle.

II. Dehnung und Resection des II. Astes des Trigeminus:

23jährige Frau, seit 3 Jahren an einer Neuralgie des Trigeminus leidend. Alle denkbaren Mittel bisher ohne jeden Erfolg angewandt. Deshalb wird am 28. September 1882 die Resection des II. Astes des Trigeminus nach der Methode von Lücke ausgeführt mit starker Dehnung vor der Resection. — Am 11. Octbr. ohne jede Schmerzanfälle geheilt entlassen.

III. Dehnung und Resection des ersten Astes des Trigeminus.

Frau Fr., 59 Jahre alt, aufgenommen 19. Febr. 1882, leidet seit vielen Jahren an Schmerzen, welche vom oberen Augenhöhlenrande links zur Stirn hinauf verlaufen. Dieselben haben in der letzten Zeit zugenommen und sich bis zum Unerträglichen gesteigert. Am 20. Febr. wird der N. frontalis in der Augenhöhle freigelegt, gedehnt und ca. $1^1/_2$ Ctm. lang resecirt. Am 1. März geheilt entlassen.

B. Dehnung des N. ulnaris wegen sensibler und motorischer Störungen.

C. Dehnung des Ischiadicus wegen Neuralgie.

D. Dehnung wegen multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks.

E. Dehnung wegen Myelitis dorsalis.

Die unter B. C. D. E. ausführlich geschilderten Fälle befinden sich nach der Operation schlechter als vor derselben. Verf. macht zum Schlusse folgende wehmüthige Bemerkung: „Es hat wohl kaum einen Chirurgen gegeben, der von der im letzten Jahre grassirenden Epidemie des Nervendehnens verschont geblieben ist. Auch ich habe dem Genius epidemicus meine Opfer gebracht, im Vorstehenden sind sie geschildert.“

Günstig sind die Erfolge bei Neuralgien rein sensibler Nerven gewesen, wenn die Dehnung mit der Resection verbunden.

Bei gemischten Nerven hat L. 2 Mal gedehnt und das ist ihm schon recht schlecht bekommen.

Bei centralem Leiden hat er ebenfalls 2 Mal gedehnt und damit nur die Zahl der verunglückten Fälle um 2 vermehrt.

Rabow (Berlin).

---

60) **Ranke** (Groningen): Vorläufiger Bericht über die innerhalb der letzten 4 Jahre in der chirurgischen Abtheilung zu Groningen (Niederland) unter Anwendung des Thymol-Gaze-Verbands behandelten grösseren Operationen und schweren Verletzungen. (Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 48. Heft 3. 1882. pag. 537.)

Aus dem vorliegenden grossen Berichte sei hier nur der folgende die Nervendehnungen betreffende Abschnitt hervorgehoben.

Nervendehnungen.

1) Dehnung des N. V. 1.	1 Fall	(mit nachfolgender Continuitätsresection.)
2) „ „ N. V. 2.	3 Fälle.	(desgleichen.)
3) „ „ N. V. 3.	3 Fälle.	(2 desgleichen.)
4) „ „ N. ulnaris	1 Fall.	
5) „ „ N. ischiadicus . . .	2 Fälle.	
6) „ „ Plexus brachialis . .	1 Fall.	
Summe	11 Fälle.	

„Sämmtliche zum Zwecke der Dehnung angelegten Operationswunden heilten prima intentione. Heilung der die Operation veranlassenden Beschwerden wurde erreicht in den Fällen unter 1, 2, 4, (Krankheit: Neuralgie). Bei der Dehnung des Unterkiefernerven unter 3) ohne nachfolgende Resection trat schnell ein Recidiv der hier ebenfalls als Grund der Operation vorliegenden Neuralgie ein, während die beiden andern unter dieser Nummer vermeldeten Operationen vollständige Heilung desselben Leidens bewirkten. Der Erfolg der wegen Ischias unternommenen beiden Operationen sub 5 war das eine Mal vorzüglich, das andere Mal äusserst mässig, während endlich die wegen angeborener spastischer Contractur ausgeführte Operation unter 6) ohne jeden Erfolg blieb.“ Rabow (Berlin).

---

61) **R. Melchior** (Pausa): Ein Beitrag zur subcutanen Nervendehnung. (Der praktische Arzt. 1882 Nro. 8.)

Verf. litt ein halbes Jahr an einem Recidive einer äusserst hartnäckigen und schmerzhaften beständig progressiven Ischias, so dass namentlich die letzten 10 Wochen den Pat. mehrfach zu Selbstmordgedanken brachten. Durch die von Billroth (zuerst von Paul Vogt, Red.) empfohlene *subcutane Dehnung* des Ischiadicus wurde er mit einem Schlage von seinem Leiden befreit.

Die Operation wurde von Dr. Kroenig in tiefer Chloroformnarcose ausgeführt und bestand darin, dass das kranke Bein bei gestrecktem Knie dem Oberkörper möglichst genähert wurde, während das gesunde Bein, Becken und Oberkörper durch 3 Assistenten fixirt wurden. — Die bereits stark atrophirte Musculatur des erkrankten Beines erlangte in einigen Wochen bei täglichem Faradisiren wieder ihre normale Kraft und Ausdehnung. Buch (Helsingfors).

---

62) **Richard Quain:** A Dictionary of Medicine, including general pathology, general therapeutics, hygiene, an the diseases peculiar to women and childern. By various writers. (Handwörterburch der Medicin etc. etc. (London, Longmans & Co. 1882. pp. 1816. 21 M.)

Dr. Quain, einer der ausgezeichnetsten und gesuchtesten Londoner Aerzte, hat sich schon seit Jahren mit dem Plane des jetzt vollendeten Handwörterbuchs der Medicin getragen, und mit Hülfe einer grossen Anzahl jüngerer und älterer Kräfte dieses bedeutende Unternehmen zu einem erfolgreichen Abschluss gebracht. Man kann wohl sagen, dass ein solches Wörterbuch, welches in Einem Bande eine Synopsis des gegenwärtigen Standes der medicinischen Wissenschaften gibt, nur in England zu Stande gebracht werden konnte. In Deutschland sowohl wie in Frankreich wären aus dem einen Bande wenigstens drei oder vier ebenso umfangreiche geworden. Keine civilisirte Sprache ist so kurz und prägnant wie die englische, und keine Schriftsteller irgendwelcher Nation befleissigen sich so sehr wie die Engländer, diese Vorzüge ihrer Sprache zu benutzen und ins hellste Licht zu setzen. Natürlich kann ein solches Handwörterbuch wie das vorliegende, nicht mit den grossen französischen Sammelwerken, noch mit der Eulenburg'schen Encyklopädie verglichen werden, welche die betreffenden Gegenstände in weit grösserer, und oft erschöpfender Vollständigkeit behandeln; andererseits hat aber das Quain'sche Lexikon den Vortheil grösserer Handlichkeit, und des absoluten Mangels an überflüssigen Auseinandersetzungen. Viele der darin enthaltenen Artikel sind in ihrer Art kleine Kabinetsstücke, welche multum in parvo geben, und was Behandlung des Gegenstandes und Styl in der Ausführung anbetrifft, als Muster gelten können.

An diesem Orte interessiren uns natürlich hauptsächlich die Arikel, welche den Nervenkrankheiten gewidmet sind. Unter den Mitarbeitern finden sich die bedeutendsten Namen, wie Ferrier, Gowers, Bastian, Blandford, Bristowe, Buzzard, Brown-Séquard u. A. Bastian behandelt „Aphasie“ auf zwei Seiten, Gowers „Apoplexie“ auf nicht ganz drei Seiten, verschiedene Autoren die „Gehirnkrankheiten“ auf 33 Seiten, Bastian die „Rückenmarkskrankheiten“ auf 42 Seiten, Buzzard die „Neuralgie“ auf vier Seiten, Lockhart Clarke die „Ataxie“ auf weniger als zwei Seiten u. s. w. Dass in einem so beschränkten Raume etwas wirklich Gutes und Lesenswerthes gegeben wird, ist alles Mögliche, und den betreffenden Autoren sehr hoch anzurechnen, da nicht nur sehr genaue Bekanntschaft mit dem Gegenstande, sondern auch beträchtliche literarische Geschicklichkeit hierzu erforderlich war. Einige von diesen Artikeln sind freilich ungenügend, und wegen der Länge der Zeit, welche verflossen ist seitdem dieselben geschrieben wurden, schon veraltet zu der Periode in welcher sie erschienen. So ist in dem Lockhart Clarke'schen Artikel über Tabes z. B. das Fehlen der Sehnenreflexe kaum erwähnt, da der Autor bereits verstorben war, als sich die Aufmerksamkeit der Neurologen auf diesen Gegenstand richtete; und hätte eine so wichtige und interessante Krankheit jedenfalls eine weit ausführlichere und bessere Bearbeitung verdient. In dieser Be-

zeihung können wir die Redacteure des Werkes nicht ganz von Tadel freisprechen, obwohl wir willig anerkennen, dass sie zum grössten Theile ihre schwierige Aufgabe mit grossem Takt gelöst haben.

Viele der andern nicht auf das Nervensystem bezüglichen Artikel sind von den grössten Namen der jetzt lebenden medicinischen Schriftsteller in England unterzeichnet. 138 gute Illustrationen sind dem Werke beigegeben.

Julius Althaus (London).

---

63) **Charcot:** Note sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. (Ueber die verschiedenen nervösen Zustände der hypnotisirten Hysterischen.) (L'union médicale 82. Nr 23. 25.)

C. unterscheidet drei Typen: 1) den kataleptischen, 2) den lethargischen, 3) den somnambulen Zustand. (Alle Beobachtungen sind an jungen Hysterischen gemacht.) Die allgemeinen Charaktere dieser Gruppen — es gibt auch rudimentäre Formen — sind:

1. Der *kataleptische* Zustand entsteht durch unerwartetes, starkes Geräusch, lebhaftes Licht oder prolongirte Fixation eines Gegenstandes mit den Augen. Symptome: Unbeweglichkeit, wie Versteinertsein in den schwierigsten Stellungen, offene Augen, starrer Blick, Aussetzen der Respirationsbewegungen, Glieder leicht beweglich ohne flexibilitas cerea, Sehnenreflexe geschwunden oder abgeschwächt. Keine neuromusculäre Hyperexcitabilität. Die Haut ist auf die stärksten Reize unempfindlich, doch Gesicht und Gehör bleiben in Action und man kann Hallucinationen und automatische Bewegungen herausfordern; dann, sich selbst überlassen, kehrt der kataleptische in den ursprünglichen, unbeweglichen Zustand zurück. Schliesst man der Kataleptischen ein Auge so führt man Lösung und gleichzeitig neuromusculäre Hyperexcitabilität des correspondirenden Körpertheils herbei. Einseitiger lethargischer Zustand. Hemicatalepsie, Hemilethargie.)

2. Der *lethargische* Zustand entwickelt sich aus dem kataleptischen durch Augenschluss oder Ueberführung in vollkommene Dunkelheit. Er kann entstehen durch Blickfixirung eines Gegenstandes in bestimmter Entfernung. Er beginnt oft durch einen tiefen Athemzug mit eigenthümlichem Larynxgeräusch und Schaumbildung auf den Lippen. Die Augen sind halb oder ganz geschlossen, die Athmung tief, beschleunigt regelmässig, die bulbi nach oben und innen rotirt, die Lider unaufhörlich zitternd; die Glieder schlaff; fallen, erhoben, herab. Das Individuum macht den Eindruck eines tief Schlafenden. Die Sehnenreflexe sind auffällig gesteigert, die nenromusculäre Hyperexcitabilität d. h. die Eigenschaft der Muskeln auf einen einfachen mechanischen Reiz, auf Nerv, Sehne oder Muskel ausgeübt, in Contractur überzugehen, ist vorhanden. Ein mechanischer Reiz auf die Antagonisten bestimmter contracturirter Muskelgruppen ausgeübt, hebt die Contractur dieser auf. Die Contracturen im Gesicht sind im Gegensatz dazu nicht dauernd, sondern hören mit dem Reiz auf. Vollkommene Analgesie ist eingetreten, Sehen und Hören scheint in geringem Masse fortzubestehen, doch ist jede Beeinflussung ohne Effect.

Öffnet man das eine Auge in hellem Licht, so tritt der cataleptische Zustand ein und man kann nun wieder Hemilethargie mit Hemicatalepsie hervorrufen.

3. Der *somnambule* Zustand (hervorgerufener Somnambulismus) wird erzeugt durch Fixation des Blickes oder unter dem Einfluss einer wiederholten, monotonen schwachen Sinnesreizung etc.; bei bereits Kataleptischen ober Lethargischen durch leichten Druck auf den Scheitel oder leichtes Reiben. Die Phänomene desselben sind bei dem heutigen Zustand der Physiologie schwer zu interpretiren:

Geschlossene oder halbgeschlossene Augen mit oft — nicht immer — leise zitternden Lidern; Aussehen des Eingeschlafenseins oder der Betäubung. Die Sehnenreflexe sind normal, keine neuromusculäre Hyperexcitabilität ist zu bemerken, aber durch verschiedene Verfahrungsweisen z. B. wiederholte leichte Berührungen der Oberfläche eines Gliedes oder leichtes Hauchen auf die Haut kann man eine Gliederrigidität erzeugen, welche sich ebenso auf leichte schwache Hautreize wieder löst. Diese Rigidität wird als kataleptoïde oder pseudokataleptische bezeichnet.

Obgleich oft totale Analgesie da ist, findet man oft eine Hypersensibilität der Haut, des Muskelsinns, des Gesichts, des Gehörs und des Geschmackes. Man kann complicirte automatische Acte provociren.

Durch Druck auf den Augapfel kann man aus ihm den lethargischen Zustand erzeugen, während man durch Offenhalten des Auges in hellem Licht den kataleptischen *nicht* hervorrufen kann.

Rohden (Oeynhausen).

---

64) **Eugén Konràd** (Budapest): Beiträge zur Lehre der Katatonie.
(Orvosi Hetilap, Nro. 36, 37, 38. 1882.)

Verf. der auch im vergangenen Jahre zwei solche Fälle (auch hier referirt) publicirte, beobachtete neuerdings zwei neue Kranke in der Landesirrenanstalt, aus deren Krankengeschichten hervorgeht, dass ausser der motorischen Gebundenheit und manchen psychischen Hemmungserscheinungen, der *Wortwiederholungen*, die Verf. als eine Art coordinirten Krampfes betrachtet, Symptome auffallender vasomotorischen Abnormitäten vorhanden waren, nicht zufälliger oder accessorischer Natur, sondern in causalem Zusammenhang mit der Krankheit.

Nach Verf. können jedoch diese vasomotorischen Störungen eher die Aetiologie der Katatonie aufhellen, als zur Erklärung der sonstigen Symptomenreihe herangezogen werden.

Die Modificationen der Reflexreizbarkeit, sowie viele localen Veränderungen der Innervation lassen sich nur durch solche Einflüsse erklären, die in den psychomotorischen und Reflex-Centren länger andauernde moleculäre Veränderungen hervorrufen.

Verf. geht sodann auf den Stoffwechsel bei Katatonie ein. Je intensiver die cataleptischen Anfälle, desto geringer die Menge des N. und P_2. O_5; an den anfallsfreien Tagen steigt die Menge der letzteren. Auch Verf. fand bei seinen Urinuntersuchungen P. und Harnstoff vermindert.

Ob diese im Stoffwechsel eingetretene Veränderung auch den speziellen Stoffwechsel im Gehirne berührt, in welchem Grade dessen Nutrition umgestaltet, ob zwischen der Katatonie und den Varietäten der P.-Menge ein causaler Zusammenhang bestehe, können erst spätere Untersuchungen aufklären.

Ladislaus Pollàk (Grosswardein, Ungarn).

---

65) **Tamburini e Riva:** Dati statistici sulla paralisi progressiva nella donna. (Dementia paralytica bei Frauen.) (Riv. sperim. di fren. VIII. B. 3. H.)

In der Anstalt zu Reggio befanden sich innerhalb der letztverflossenen 11 Jahre 24 weibliche Kranke mit progressiver Paralyse, im Alter von 30—60 Jahren. Ein Drittel der Kranken gehörte der armen Klasse an, die anderen waren wohlhabend, aber nicht aus den höhern socialen Ständen. Als Ursache ist angegeben: 10 mal Excesse in Venere, 3 mal Syphilis, 7 mal Excesse in Baccho, 2 mal erscheint das Klimakterium als einzige Ursache; in 14 Fällen konnte Heredität nachgewiesen werden. 13 von den Kranken starben innerhalb des ersten Jahres.

Obersteiner (Wien).

---

66) **von der Herberg** (Oranienburg): Ein seltener Fall von Situs inversus der Unterleibsorgane (bei einem Paralytiker. Ref.). (Inaug. Dissertation. Berlin. Dezbr. 1882.)

Der in der Dissertation beschriebene Fall ist in mehr als einer Hinsicht von Interesse. Es handelt sich um einen 34 jährigen, auf der Abtheilung des Prof. Jacobson in Berlin behandelten Mann, der seit etwa zwei Jahren das deutliche Symptomenbild der progressiven Paralyse der Irren darbietet. Bei der Aufnahme-Untersuchung wurde an ihm der Situs inversus constatirt. Während in den Thoraxeingeweiden Alles in Ordnung ist, macht sich die Lage und Beschaffenheit der Unterleibsorgane durch ein ganz abnormes Verhalten auffällig. Die Leber liegt links und ist bedeutend vergrössert. Die Milz befindet sich rechts und ist ebenfalls sehr vergrössert. Der Magen nimmt die Stelle rechts ein, die ihm sonst links gebührt und durch die Vergrösserung der Leber und Milz ist sein verticaler Durchmesser auf Kosten des horizontalen bedeutend vergrössert. Der rechte Hoden liegt tiefer als der linke.

Es ist hier also eine Transposition der Unterleibsorgane allein vorhanden. Dieselbe ist vollständig. Es ist dies der erste Fall dieser Kategorie, welcher in vivo diagnosticirt worden ist. Wegen der be-

stehenden Paralyse ist Aussicht vorhanden, dass die Autopsie die Diagnose bald bestätigen wird. Rabow (Berlin).

---

67) **Joseph Wiglesworth** (London): On the Pathologie of General Paralysis. (The journ. of ment. sciense. Nro. 127. Jan. 83.)

W. hat in jedem Paralytikergehirn eine verschieden grosse, aber stets vorhandene Hyperplasie der Neuroglia der Hirnrinde gefunden. Statt des homogenen Aussehens der — normalen — ersten Rindenschicht, die nur geringe feine Bindegewebskörperchen aufweist, ist die eines Paralytikers ein schön verfilztes Netzwerk und ist durchsetzt von vielen, zahlreiche Fortsätze aussendenden und mit einander anatomisirenden Zellen. Dieselbe Affection zeigt sich unmittelbar unter der fünften Rindenschicht. Sie ist häufig auf einzelne Herde localisirt. Controluntersuchungen von Gehirnen nicht paralytischer Geisteskranken wiesen die beschriebene Veränderung nicht auf. W. schliesst daraus, dass dieselbe Ursache oder Folge der Paralyse ist. Wenn die Hyperplasie sich an Stelle der entzündlich veränderten und untergegangenen Nervenzellen etablirte, müsste sie auch bei anderen Formen von Geisteskrankheit gefunden werden; dies ist jedoch nicht der Fall, Verf. hat sie nur noch bei Nephritis gefunden, doch in „unschädlichem Grade." Weiter schliesst W., dass die Hyperplasie um so deutlicher sei, je acuter die Paralyse verlaufe, dass diese Krankheit eine wirklicke Gewebserkrankung des Gehirns sei, eine Cirrhose, wie z. B. die der Leber, also dass die Hyperplasie als das primäre die causa morbi angesehen werden müsse. Selbst den Grössenwahn und die Euphorie des Paralytikers glaub Verf. als durch die Art des Processes bedingt auffassen zu können.

Matusch (Dalldorf).

---

68) **Julius Mickle** (London): General Paralysis from cranial Injury. (P. nach Schädelverletzung.) (Ibid.)

M. giebt drei Krankheitsgeschichten von P. nach Verletzung des Schädels durch eine Büchsenkugel und durch Schlag. Dass die Traumen als Ursache der P. anzusehen sind, ist nicht erwiesen, Verf. betont auch nur die durch sie gesetzte Prädisposition.

Matusch (Dalldorf).

---

69) **Sev. H. Savage** (London): Twins suffering from similar attacks of Melancholia. (Auftreten ähnlicher Attaquen von M. bei Zwillingen.) (Journ. of ment. scien. Jan. 1883.)

Die sich äusserlich sehr ähnlich sehenden und in gleichen Verhältnissen lebenden Patientinnen erkrankten fast zu gleicher Zeit an Melancholia cum stupore.

---

70) **Clifford Gill** (London): Twins suffering from Mania. (Ebend.)

Schwer hereditär belastete 20jährige Zwillingsschwestern, die eigenthümlicher Weise schon früher zu gleicher Zeit, obschon getrennt lebend an der gleichen körperlichen Krankheit gelitten hatten, erkrankten fast im selben Monat an Manie. Das Krankheitsbild war bei beiden sehr ähnlich, die jüngere wurde geheilt entlassen, die ältere von einem zur Zeit noch bestehenden Recidiv befallen.

Matusch (Dalldorf).

---

71) **v. Krafft-Ebing** (Graz): 3 Gutachten über zweifelhafte Geisteszustände. Konkurrenz von Belastung, Trunk und Affekten. (Friedr. Bl. f. ger. Med. 1882. 6.)

(Schluss.)

III. Verbrechen der gefährlichen Drohung.

Der 29jährige, unverheiratete Zimmermannsgehilfe F. G. wird in der Nacht zum 26. Dec. 81 wegen gefährlicher Drohung gegen seine Angehörigen auf Ersuchen dieser verhaftet und in den Anklagezustand versetzt. Sein Leumund ist der eines arbeitsscheuen, excessiven, dem Trunk ergebenen Individuums. Schon am 30. Dec. 80 hatte er Nachts im betrunkenen Zustande die Seinigen bedroht, seinen Bruder gemisshandelt und war mit 8 Tagen Arrest bestraft worden. Nach der Entlassung hatte er sein rohes, rabiates Benehmen gegen die Angehörigen fortgesetzt, besonders soll er in den letzten Wochen 81. sehr gereizt gewesen sein, nachdem man ihm die Erlaubniss, sich mit einer Harmonika in den Wirthshäusern zu produciren verweigert hatte und sich in den wüthendsten Drohungen ergangen haben. Am 25. Dec. hatte er $7^3/_{10}$ Liter Bier getrunken und war nicht berauscht. Er liess sich ruhig verhaften und behauptete seine Drohungen nicht ernst gemeint zu haben. Er habe ein starkes Kopfleiden und rede manchmal dummes Zeug. Von der incriminirten Handlung wisse er Nichts. In der Hauptverhandlung am 13. 2. 82. führt er noch an, dass er seit einem Sturze 69 fortwährend Kopfweh habe und vom Trinken in Aufregung gerathe und dummes Zeug rede. In der ärztlichen Exploration gibt er das Ausstossen von Drohungen in seinem „Blödsinn" zu, will jedoch ein guter Kerl sein. Er habe nie an Nervenkrankheiten gelitten; leicht gelernt. Der Vater sei ein Jahr irrsinnig gewesen. Der ältere Bruder habe Schwindelanfälle, in denen er umfalle. Er und alle Geschwister brausen leicht auf. Im 13. Jahre 3tägige Bewusstlosigkeit nach einem Fall vom Wagen. Vor 8 Jahren ein Eall vom Gerüst ohne Bewusstlosigkeit. Seit dem 13. Jahre linksseitiger Kopfschmerz bei langem Sitzen. Seit 6 Jahren lästiges Kopfsingen, Intoleranz gegen heisse, Zimmer, Sonnenhitze, Alkohol. Er bekomme dann Doppelsehen und Schwindel, sei sehr gereizt, verliere die Besinnung und wisse dann nicht, was er sage. Solche Anfälle kommen täglich. Für die Ereignisse vom 25. zum 26. Dec. hat er keinen Erinnerungsdefekt. Spuren von Epilepsie oder Trunksucht sind nicht vorhanden. Schädel normal,

Gaumengewölbe sehr schmal und steil. Auf dem linken Schläfenbein lineare, 2 Cm. lange, verschiebbare, schmerzlose Hautnarbe. Intelligenz dem Durchschnitt entsprechend, moralische Gefühle und Urtheile schwach entwickelt, doch kein greifbarer, moralischer Defekt. Besondere Gemüthsreizbarkeit ist nicht vorhanden.

Gutachten. Für die Möglichkeit des Vorhandenseins einer Geisteskrankheit spräche der Irrsinn des Vaters, das trauma und die Liebe zum Trunk bei G. Der Vater ist jedoch erst lange nach Zeugung des Inkulpaten irrsinnig geworden. Dieser bietet weder Belastungserscheinungen, noch die Zeichen des chronischen Alkoholismus dar. Seine moralische Verkommenheit rührt nicht von Alkoholismus, sondern von dissolutem Lebenswandel her. Das trauma hat keinen Schwachsinn oder Epilepsie erzeugt, dagegen bestehen die Symptome zeitweiser Kongestionen als Folge dauernd herabgesetzer Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegen kongestionirende Ursachen.

F. G. ist demnach und war nicht geisteskrank, ebenso wenig bestand bei ihm Sinnesverwirrung. Dagegen beging er die Strafthaten in Zeiten der Angetrunkenheit oder des Affektes oder von beiden, gegen welche die Widerstandsfähigkeit seines Gehirns herabgesetzt war. Durch die bereits erwähnten psychischen Ursachen wurde der Affekt des G. und mit ihm die Anfälle des kongestiven, neuralgischen Kopfleidens gesteigert. Freisprechung. Landsberg (Ostrowo).

III. Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde.

Sitzung vom 8. Januar 1883.

72) Herr **Remak** demonstrirte das Edelmann'sche *Einheitsgalvanometer*, dessen Vorzüge er dahin praecisirte, dass es 1) feinere Messungen als die bisher gebräuchlichen Apparate gestattet, 2) zur Controle der letzteren geeignet ist und 3) in seiner Eigenschaft als Horizontalgalvanometer transportabler ist als die Vertikalgalvanometer, die bei Dislocirung ungenaue Resultate ergeben. Die Construction des Apparates ist im Archiv f. klin. Med. Bd. XXX pag. 589 beschrieben.

73) Herr **Mendel** demonstrirte den *funiculus solitarius,* dessen histologischer Bau (Ursprung, Verlauf seiner Nervenfasern, Anastomosirung mit dem Vagus und Accessorius) noch des Controverses unterliege und schwerlich genau erforscht werden könne. Ebensowenig habe die Untersuchung seiner physiologischen Beteutung bisher sichere Resultate ergeben. Matusch (Dalldorf).

IV. Neueste Literatur.

16. Gaube, Recherches sur les Zores hystérogénes. 8⁰. 120 pg. 7 Fig. Paris, O. Doin. 4 fr.
17. Ritti, Traité clinique de la folie à doubles forme. 8⁰. 400 pg. 8 fr. Ebendas.
18. Yung, Le sommeil normal et le sommeil pathologique etc. 200 pg. 2,50 fr. Ebendas.
19. Ball, Leçons sur les maladies mentales. IV. fascicule. 128 pg. 2,50 fr. Paris, Asselin et Cie.
20. Maschka, Handbuch der gerichtlichen Medicin. IV. Band: Die gerichtliche Psychopathologie von Schlager, Emminghaus, Kirn, Gauster und Krafft-Ebing. Tüb. 1882. Laupp. 660 pag.
21. Fabre, L'Hysterie viscerale. 8⁰. 177 pag. 4 fr. Paris.
22. Baudry, Simulation de l'amaurose et de l'amblyopie. Paris 8⁰. 32 pag. 5 Fig. fr. 2,50.

Thèses de Paris vom 16. Dezbr. 1882 bis 27. Januar 1883.

23. Ferrand: Les épileptiques considerés an point de vue medico-légal.
24. Rabec: De la suppuration générale et des parotidites suppurées, en partic. au point de vue de l'évolution de certaines maladies mentales.
25. Mabis: De la Manie chronique à forme rémittente.
26. Hay-Margirandière, Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques de l'ataxie locomotrice (chute spontané des dents et des ongles).
27. Gentz: Des Symptomes laryngées d'origine nerveuse dans le cancer de l'oesophage.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Wehnen (Oldenburg), Assistenzarz.; 1. März, 1200 im ersten, 1500 im zweiten Jahre, fr. Stat. 2) Saargemünd (Lothr. Bez.-Irrenanstalt), II. Assistenzarzt sofort, 1000 M. freie Station. Französische Sprachkenntniss erforderlich. 3) Ueckermünde (pomm. Prov.-Anst.) Director. 6000 M., Dienstwohnung etc. Meldungen an den Landesdirector der Prov. Pommern, Dr. Freiherrn von der Goltz in Stettin. 4) Stephansfeld-Hoerdt (elsäss. Bez.-Irren-Anstalt), Assistenzarzt, 900 Mark, fr. Stat. 5) Valduna (österr. Landesirrenanstalt in Vorarlberg), Director; 1500 fl. ö. W., Wohnung, Holz, Garten etc. Meld. bis Ende Febr. an den Landeshauptmann Karl Graf Belrupt in Bregenz. 6) Die Kreisphysicate Burgk (Greiz), Delitsch (Merseburg), Gnesen, Geilenkirchen, Lippstadt (Arnsberg), Münsterberg (Breslau), Oberbarnim, Amtssitz Freienwalde a. O. (Potsdam), Salzwedel (Magdeburg), Wetzlar, (Koblenz), Würzburg (Bezirksarzt I. Classe).

Besetzte Stellen. Eberswalde, zweiter Hilfsarzt, Herr Dr. med. Kurt Landrock. Halle a. d. S., II. Volontairarzt, Herr Dr. med. Siemerling. Bernburg, Assistenzarzt, Herr Dr. Neuendorf, bisher auf d. Sonnenstein i. S.

Ernannt. Bezirksarzt Dr. Gregor Schmitt in Würzburg zum Regierungs- und Kreismedicinalrath daselbst. Dr. Kunkel in Würzburg zum Professor ordin. Kreisphysicus Dr. Wittichen in Gummersbach zum Medicinal-Referenten in Hildesheim.

Habilitirt. Dr. Rieger aus Stuttgart in Würzburg.

Auszeichnung. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Karsch in Speyer: Ritterkreuz I. Cl. des Michaelsorden. Sanitätsrath Dr. v. Heer, Kreisphysicus zu Oppeln: Rothen Adler-Orden III. Cl. mit Schleife.

Verabschiedet. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Vogt in Würzburg.

Todesfall. Dr. Herr, Kreisphysicus in Wetzlar.

Berlin, 17. Januar 1883.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

In der Nro. 2 dieses Blattes hat Möbius Untersuchungen bekannt gemacht „Ueber die Empfindlichkeit der Haut gegen elektrische Reize.“ Bei der Erwähnung meiner Prüfungen der Hautempfindlichkeit durch den constanten Strom sagt er Seite 31, der Hauptvorwurf, der gegen dies Verfahren erhoben werden könne, sei der, dass der Leitungswiderstand nicht berücksichtigt sei. Ich möchte dem gegenüber darauf hinweisen, dass ich mich in der von Möbius citirten Arbeit (Deutsches Arch. f. kl. Med. Bd. XIX. S. 386) ausdrücklich über die Einschaltung des Galvanometers in den Stromkreis, der durch den menschlichen Körper ging, ausgelassen und wörtlich angegeben habe: Zwischen 1 und $2^1/_2{}^0$ Nadelausschlag empfindet man bei obiger Anordnung an jeder Hautstelle Schmerz. Nach Möbius, der eben ein anderes Galvanoscop benutzte, ist dies zwischen $3,5^0$ und 6^0 überall der Fall. Für die Volarseite der Finger, Hand und Zehen (Plantarseite) hatte ich bei 2000—3000 S. E. (in Nebenschluss) *kaum Empfindung;* ich habe in der That in obiger Arbeit vergessen, zu sagen, dass hier die Nadel sich *kaum rührte.* Möbius notirt dem gegenüber bei der Prüfung dieser selben Hautregionen 18^0—22^0 Nadelausschlag und empfindet dabei nur „Wärme.“ Auf Seite 385 meiner Arbeit habe ich dabei eine genaue Berechnung der angewendeten Stromstärke (nach Zeit) gegeben. — Die gewöhnlichen Nadelausschläge von Möbius 5^0—6^0, gegenüber den Nadelausschlägen von 15^0—22^0 sind nur ein anderer Ausdruck der vermehrten Stromstärke, wie ich dies durch Einschaltung von 100—200 S. E. und von 2000—3000 S. E. ausgedrückt habe.

Ueber die abweichende Reaktion der Zungenschleimhaut bei diesem Verfahren, sowie über die von mir construirte Elektrode, (die auch Möbius erwähnt) und die mit ihr erhaltenen Resultate werde ich anderen Ortes berichten.

In collegialer Hochachtung Ihr
Martin Bernhardt.

Um Einsendung von Separatabdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. **15. Februar 1883.** **Nro. 4.**

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Hugo Köbner: Eine empfehlenswerthe Vereinfachung der constanten Batterie.
II. REFERATE. 74) M. W. af Schultén: Experimentelle und klinische Untersuchungen über Gehirnleiden und deren Einfluss auf die Circulationsverhältnisse des Auges. 75) V. P. Gibney: Compression des Rückenmarks. 76) E. G. Janeway: Zur Diagnose der Gehirnkrankheiten. 77) Rehm: Tod durch traumatische Rindenepilepsie. 78) A. M. Dochmann: Idiopathischer Zungenkrampf. 79) Hughes Bennet: Differential-Diagnose zwischen hysterischer Lähmung und Poliomyelitis anterior. 80) Leyden: Tabes dorsalis. 81) Th. Rumpf: Zur Pathologie und Therapie der Tabes dorsalis. 82) A. Eulenburg: Ueber Heilbarkeit und Behandlung der Tabes dorsalis. 83) Voigt: Syphilis und Tabes. 84) Frederik Treves: Das perforirende Fussgeschwür bei Tabes dorsalis. 85) Alder Blumer: Perverser Sexualtrieb. 86) Henry M. Hurd: Behandlung des periodischen Irreseins. 87) Pick: Ueber Krankheitsbewusstsein in psychichen Krankheiten.
III. VEREINSBERICHTE. 88) Hammond: Ueber progressive Muskelatrophie. 89) L. Corning: Ueber Carotiden-Compression.
IV. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Eine empfehlenswerthe Vereinfachung der constanten Batterie.

Von Dr. med. Hugo Köbner in Breslau.

Unter den bisher für stehende galvanische Apparate verwendeten Elementen verdient das Siemens'sche zwar den Vorzug, immerhin aber haften ihm mancherlei Nachtheile an, die weitere Verbesserungen wünschenswerth machen. So z. B. wird das Element, noch bevor sein Papier-maché-Diaphragma eine Umstopfung erfordert, zuweilen dadurch untauglich, dass das in Folge des elektrolytischen Vorganges sich ausscheidende chemisch reine Kupfer an der Innenwand der Thonzelle oft förmliche Knollen bildet, ihren Hals geradezu verstopft und auf diese Weise das Nachfüllen verhindert. Die Kupferablagerungen wachsen auch durch die Zelle hindurch, betten sich in das Papiermaché ein und beeinträchtigen durch Erzeugung von Nebenströmen

die Wirksamkeit des Elementes. Grossentheils werden diese Uebelstände durch die Undurchsichtigkeit desselben bedingt, welche den Concentrationsgrad der Kupfer-Flüssigkeit nicht erkennen lässt. Ein Ueberschuss an Kupfervitriol aber veranlasst auch einen stärkeren Zinkverbrauch und trägt zur Bildung von zu vieler Schwefelsäure bei, welche wiederum leicht den Kupferdraht anfrisst. Daher kommt es denn auch, dass dieser manchmal abbricht und das ganze Element einer Reparatur bedürftig wird, die nur einem damit vertrauten Mechaniker überlassen werden kann, bei der jedoch trotzdem die Thonzelle in der Regel zerbricht. Endlich quillt bei aller Vorsicht aus der gesättigten Zinklösung das Zinc. sulf. über die Flasche hinaus und erschwert ausserordentlich die Sauberhaltung des Apparates.

Diesen Mängeln hilft eine Modification des Daniell'schen Elementes ab, welche unter dem Namen *„neue Meidinger-Elemente“* in unserer Reichstelegraphie eingeführt ist und sich mir für therapeutische Zwecke seit circa $1^1/_2$ Jahren auch bewährt hat, die aber in ärztlichen Kreisen nur sehr wenig bekannt zu sein scheint. Dieses Element besteht nur aus einem Glascylinder von 15 Ctm. Höhe und 10 Ctm. Durchmesser, einem Zinkring, welcher in dem Glase am oberen Rande mittelst dreier Vorsprünge hängt und einer auf dem Boden des Cylinders liegenden Kupferplatte, welche einen durch Guttapercha isolirten Kupferdraht trägt.*) Ein zweiter blanker Kupferdraht ist an einem der Vorsprünge des Zinkringes eingegossen und stellt die Verbindung mit dem Kupferdraht des nächsten Elementes her. Das Glas wird mit Wasser gefüllt, zu Anfang etwas Zinc. sulf. oder magnesia sulf. hinzugefügt, auf den Boden werden einige wenige Stückchen Kupfervitriol geworfen und das Element ist fertig und functionirt.

Wie die Siemens- können auch die Meidinger-Elemente, von welchen letzteren 40 zur Erzeugung selbst starker Ströme genügen, gut in einem Apparatschrank untergebracht werden. Ihre Aufstellung darf indessen nicht nebeneinander geschehen, sondern muss, um jede Flasche durch Besichtigung und ohne Herausnehmen controlliren zu können, über einander, am besten der Raumersparniss wegen in Treppenform erfolgen. Die Deckplatte des Schrankes trägt dann auch ein Tableau mit den Stromgebern und verschiedenen Hilfsapparaten.

Das Meidinger-Element hat einen wesentlichen, d. h. innern Widerstand von ca. 5,5 S. E. und ein Vergleich mit einem im Gebrauch befindlichen Siemens-Element zeigte, (unter Benutzung einer Tangentenbussole), dass die Werthe des Siemens-Elementes für die Stromstärke geringer als die des Meidinger Elementes sind. Die bei diesem letzteren durch den Fortfall eines besonderen Diaphragmas bedingte Vereinfachung bringt aber, ohne dass der Verbrauch an Material für

---

*) Statt der Kupferplatte werden mit bestem Erfolge Bleiplatten von 0,75 Ctm. Dicke angewendet, in welche ein mit Blei umgossener Eisendraht mit daran sitzender Messingklemme eingelassen ist. Das reducirte Kupfer sinkt der Schwere nach auf den Boden und schlägt sich auf der Bleiplatte nieder, die nun als Kupferplatte functionirt.

die Erzeugung des Stromes gesteigert würde, noch andere Vortheile mit sich.

Sie ermöglicht, da Kupferplatte und Zinkring nur in das Glasgefäss hineingesetzt und durch Klemmschrauben miteinander verbunden sind, die Batterie leicht zusammenzustellen, beziehungsweise auseinanderzunehmen. Die grössere Wassermenge in diesem Element bedingt ferner, dass eine Sättigung mit Zinc. sulf. nur sehr langsam eintritt und ein Ueberquellen dieses Salzes selbst bei seltenerer Erneuerung des Wassers vermieden wird. Da alle Theile leicht zu entfernen, resp. andere dafür einzusetzen sind, so werden längere Ausschaltungen von Elementen nicht nöthig und die Reparaturen sehr vereinfacht. Auch der Preis einer solchen sich durch ihre Haltbarkeit auszeichnenden Batterie, deren Einzelheiten im Handel zu haben sind, stellt sich niedriger, als der anderer Construktionen.

Zur Instandhaltung der Batterie genügt es, das Wasser in ca. 2 monatlichen Intervallen zu erneuern; eine Procedur, die sich mittelst eines als Heber zu benutzenden Irrigators sehr leicht bewerkstelligen lässt. Man thut dabei gut, das Wasser recht ausgiebig ablaufen zu lassen, um etwaige unterhalb des Zinkringes durch die Enge des Glases sich ansetzenden Wasserstoffblasen mit zu entfernen. Ungefähr 2 bis 3 Mal im Jahre wird des sich absetzenden Kupfer- etc. Schlammes wegen das Element auseinandergenommen und unter Zusatz von Soda oder verdünnter Salzsäure ausgekocht und ausgebürstet, um nach dieser wenig zeitraubenden Säuberung sehr schnell wieder völlig brauchbar zu sein.

Da Kupfer- und Zinklösung nicht vermöge ihrer specifischen Gewichtsunterschiede von einander getrennt sind, so bildet sich zwischen den Lösungen keine scharfe Grenze. Das Kupfer steigt vielmehr durch Diffusion nach oben und die Blaufärbung der Bodenflüssigkeit nimmt aus diesem Grunde nach der Höhe zu mehr und mehr an Intensität ab. Die Kupferlösung soll daher gerade stark genug sein, um das Wasser bis wenige Centimeter unterhalb des unteren Zinkringrandes zu färben. Die geringe hierzu erforderliche Uebung lässt sich mit einiger Vorsicht schnell erreichen. Zur einmaligen Füllung genügen ungefähr 10—15 Gramm Kupfervitriol. Ist dann durch den Verbrauch des cupr. sulf. Entfärbung der Bodenflüssigkeit eingetreten, was je nach der Benutzung des Apparates in 3 bis mehrwöchentlichen Intervallen geschieht, so wird das Element durch Nachwerfen weiterer Kupfervitriol-Stückchen auf's Neue gespeist.

Bei Beobachtung dieser wenigen Cautelen genügt das Meidinger-Element den Ansprüchen, die man für galvanische, zum täglichen Gebrauch bestimmte Apparate fordern muss. Seine Constanz ist eine ausserordentlich andauernde, seine Handhabung einfach und frei von lästigen Nebenerscheinungen und alle Theile sind jederzeit leicht zu beschaffen, so dass man nicht in die Verlegenheit kommen kann, den Apparat für längere Zeit ausser Gebrauch setzen zu müssen.

II. Referate.

74) **M. W. af Schultén:** Experimentelle und klinische Untersuchungen über Gehirnleiden (hjäruskador) und deren Einfluss auf die Circulationsverhältnisse des Auges. (Schwedisch.) Helsingfors 1882. 4°. 184. S. 5 chromolith. Taf.)

Die vorliegende Arbeit enthält so viele und vermöge der ungemein vollkomenen Methoden so wichtige Resultate, dass ein einigermaassen vollständiges Referat schwer, aber gleichwohl nothwendig erscheint.

Von den Hilfsmitteln können wir des Verfassers genialen Augenspiegel*) hier nicht beschreiben und können hier auch auf den vervollkommneten vom Verf. angegebenen Bulbus-Manometer nicht näher eingehen. Die Experimente wurden fast ausschliesslich an Kaninchen angestellt. Die Resultate wollen wir der Kürze halber meist in der Form von Thesen wiedergeben.

I. Die Circulationsverhältnisse des Auges. Die darauf bezüglichen Experimente führten zu folgenden Resultaten. 1) Die elastische Dehnbarkeit des Bulbus ist bei geringen Druckgraden relativ bedeutend, bei 30—40 Mm. Hg. fast = 0. 2) Der Blutgehalt des Auges ist direkt abhängig vom Blutdruck in seinen Gefässen. 3) Jede Erhöhung des Blutdruckes, sei sie veranlasst durch verstärkten Blutzugang oder erschwerten venösen Ablauf, bewirkt unmittelbar Vermehrung der Blutmenge des Auges. 4) Jede Verminderung des Blutdruckes, beruhend auf erschwertem Zufluss (Carotis ligatur), verringerter Blutmasse (Aderlass) oder geschwächter Herzthätigkeit, bewirkt unmittelbar Verminderung der Blutmenge des Auges. 5) Die Gefässe des Auges stehen unter dem Einflusse vasomotorischer Nerven, die theilweise in der Bahn des Halssympathicus verlaufen, theilweise wahrscheinlich mit dem Trigeminus. Dieselben haben einen bedeutenden Einfluss auf den Blutgehalt des Auges. 6) Durch Vasoconstriction wird der Blutgehalt des Auges vermindert.**) Bei der Steigerung des Blutdruckes, die auf reflectorischer oder directer Reizung des vasomotorischen Centrums beruht, macht sich die Wirkung des erhöhten Blutdruckes sogleich geltend, wird aber sofort aufgehoben, sobald der Gefässkrampf sich auch auf das Auge ausdehnt. 7) Der Tonus der Gefässe des Auges wird vermindert oder aufgehoben durch solche locale Ursachen, welche auch in anderen Theilen des Organismus gleiche Wirkung haben, nämlich temporäre Anaemie und Entfernung der äusseren Stütze welche die Gefässe

*) Derselbe ist beschrieben im „Archiv für Anatomie und Physiologie" 1882 Phys. Abth H. 3. Er ermöglicht eine Vergrösserung des Augenhindergrundes von 30—50 mal. Die Bilder sind geradezu überraschend, wie Ref. bestätigen kann.

**) Solche scheinbar selbstverständlichen Sätze müssen betont werden, weil manche bedeutende Ophthalmologen z. B. Stellwag von Carion der Meinung sind, dass der Blutgehalt des Auges sich stets gleich bleibt. Dasselbe galt ja bekanntlich früher auch für den Blutgehalt des Gehirns. Ref.

normaler Weise haben. Die Folge davon ist Vermehrung der Blutmasse des Auges. 8) Durch Aufhebung oder Einschränkung der vom vasomotorischen Centrum ausgehenden vasoconstrictorischen Impulse wird zwar der Gefässtonus des Auges vermindert, was aber wegen der allgemeinen Verminderung des Blutdruckes ohne Wirkung bleibt. Das Abbrechen der durch den Halssympathicus geleiteten vasomotorischen Impulse ist aber nicht hinreichend, um den Gefässtonus des Auges zu vermindern. 9) Das Vorhandensein von activ gefässerweiternden, im Trigeminus verlaufenden Nerven für das Auge ist sehr wahrscheinlich. (Nach Reizungen des dicht unterhalb des Ganglion Gasseri abgetrennten Trigeminus.) 10) Die Augenflüssigkeiten (humor aqueus und Glaskörper) unterhalten eine Spannung im Bulbus, welche normal 8—12 Mm. Hg. beträgt. 11) Aeusserer Druck auf das Auge beeinflusst den Blutgehalt desselben. Der normal vorkommende auf Muskelwirkung beruhende Druck ist wahrscheinlich nur vorübergehend. 12) Ungeachtet der bedeutenden Schwankungen, welchen der Blutgehalt der Augengefässe unterworfen ist, so unterliegen doch Kaliber und Aussehen derselben, zumal der Arterien, soweit sie in der Retina und Choreoidea beobachtet werden können, wenig merkbaren Veränderungen. Der Tonus der Gefässe dagegen giebt sich in auffallender Weise durch Veränderung der Weite sowohl der Arterien wie der Venen zu erkennen. 13) Nach dem Tode verbleibt eine gewisse Blutmenge im Auge. — Aus diesen Versuchsresultaten zieht nun Verf. noch den allgemeinen und principiellen Schlusssatz, dass der Blutumlauf des Auges denselben Gesetzen unterworfen ist wie überall im Körper, wozu aber ein neues auf dem anatomischen Bau des Auges beruhendes regulirendes Moment hinzukommt: die bei steigendem Druck rasch abnehmende Dehnbarkeit der sclera widersetzt sich jedem plötzlichen und bedeutenden Blutzuwachs und moderirt den schädlichen Einfluss den dieses zarte Organ vom heftigen Strömen des Blutes erleiden könnte. Der Verlauf der Retinalgefässe durch den Sehnerven und der schräge Verlauf der Choreoidealvenen durch die Sclera dient wohl zum Schutz gegen zu rasches Abfliessen des Blutes.

II. Die Circulationsverhältnisse des Gehirns wurden hauptsächlich mittels Bestimmung des intracraniellen Druckes und Messung der Stromgeschwindigkeit und des intraarteriellen Druckes (Carotis int.) untersucht. Die Resultate waren vollkommen analog den für das Auge gefundenen, so dass die dort angeführten Punkte 2, 3, 4, 5, 7, 13 vollständig auch hier gelten, und auch Punkt 1, nur dass die Dura mater der Rückenmarkshöhle beträchtlich elastischer ist als die Sclera. Von den abweichenden Punkten führe ich folgende an: Ob die Gehirngefässe activ gefässerweiternde Nerven besitzen ist unbekannt. Die Cerebrospinalflüssigkeit unterhält an und für sich keine positive Spannung in der Schädelhöhle; die vorhandene Spannung beruht ausschliesslich auf der Blutmenge in der Schädelhöhle; eine pathologische Vermehrung oder Verminderung der intracraniellen Spannung übt einen Einfluss auf den Blutgehalt des Gehirns. Ein durchgreifender Unterschied in den Circulationsverhältnissen des Auges und der Schädelhöhle beruht

darauf, dass der Blutgehalt des Gehirns und seiner Häute relativ bedeutend grösser ist als der des Auges und daher auch bedeutend grösserem Wechsel unterworfen, hauptsächlich, weil der intracranielle Druck viel geringer ist und ferner darauf, dass die Menge der Cerebrospinalflüssigkeit bedeutendem Wechsel unterworfen ist.

III. Die Abhängigkeit der Circulation des Auges von der des Gehirns spricht sich in Folgendem aus. 1) Collaterale Hyperämie des Gehirns hat eine gleiche des Auges zur Folge; sie verräth sich durch erhöhten intraoculären Druck und geringe Gefässerweiterung der Retina und Choreoidea. 2) Eine passive (venöse) Hyperämie hat eine solche des Auges nur dann zur Folge, wenn das Circulationshinderniss mehr central liegt, in der Vena jugularis oder besonders innerhalb des thorax. 3) Verminderter arterieller Zustrom (Carotiscompression) giebt sich durch bedeutende Anämie des Auges und stark verminderten intraocularen Druck zu erkennen. Von besonderem Interesse ist, dass die Störungen bei einseitiger Carotiscompression fast ausschliesslich nur das gleichseitige Auge betreffen. 4) Bei Krampf der Gehirngefässe sowie Lähmung derselben braucht das Auge nicht dieselben Störungen zu zeigen, z. B. bei der Gefässerschlaffung des Gehirns nach starkem intracraniellem Druck. Eine Lähmung der Gehirngefässe wegen centraler Ursachen hat auch Lähmung der Augengefässe zur Folge, wenn die Gefässerschlaffung nicht eine so ausgedehnte ist, dass der Blutdruck herabgesetzt wird. Ein Abbruch der Lietung durch den Sympathicus allein beeinflusst weder die Circulation des Gehirns noch des Auges. 5) Vermehrung oder Verminderung der Cerebrospinalflüssigkeit hat keinen directen Einfluss auf das Auge, sie kann die Circulation desselben aber indirect beeinflussen, indem durch bedeutend erhöhten Druck innerhalb der Sehnervenscheide die art. centr. retinae comprimirt werden kann. Verf. ist der Meinung, dass viele dieser Störungen kaum mit dem Augenspiegel allein diagnosticirt werden können.

IV. Hirndruck und seine Einwirkung auf die Circulation des Auges. A) Durch Injection von $^1/_2{}^0/_0$ Kochsalzlösung in den Subduralraum unter constantem Druck. Wenn der intracranielle Druck auf 40—50—60 Mm. Hg. steigt, tritt im Auge ein charakteristisches Bild in Erscheinung. Die Excavation der Papille wird vermindert, indem ihr Boden vorgedrängt wird (Stauungspapille); ihr Durchschnitt wird kleiner, der Abstand der Ein- und Austrittsstellen der Gefässe wird vermindert. Die aus der Papille hervortretenden Retinalarterien und ihre Zweige werden bedeutend feiner. Die Retinalvenen, welche in die Papillen eintreten, schwellen dagegen stark an, werden dunkler und ihre Krümmungen stärker; kleine vorher kaum bemerkbare Venen treten deutlich hervor. Bei Druckhöhen von 90—120—140 Mm. Hg. bis zum Punkt wo sich Krämpfe einstellen und die Respiration aufzuhören droht, werden diese Störungen noch ausgeprägter, besonders ist die äusserste Feinheit der Arterien auffallend. Bei den höchsten Druckgraden, die mit dem Leben vereinbar sind, verschwinden die Arterien ganz, die Papille und Retina wird äusserst bleich, die Venen sind sehr dunkel, doch weniger gefüllt als bei etwas geringeren Druck-

graden. Wenn ein mässiger Druck von 40—60 Mm. Hg. längere Zeit, $1\frac{1}{2}$—4 Stunden, währt, so sind die Gefässveränderungen scharf ausgedrückt und verschwinden nicht gleich bei Aufhören des Druckes, wohl aber bis zum nächsten Tage. An den Choreoidealgefässen dagegen sind kaum Veränderungen wahrzunehmen. Der intraoculare Druck hat Neigung zu fallen. Der Blutdruck in der arteria ophthalmica verändert sich nicht, bis der intracranielle Druck dem intraarteriellen sich nähert, dann steigt dieser parallel mit jenem.

Wenn unter diesen Umständen durch Carotiscompression der Blutdruck in der A. ophthalm. herabgesetzt wird, wird zugleich der Blutstrom in den gleichseitigen Retinalgefässen zum Stehen gebracht. Bei gesteigertem intracraniellen Druck tritt eine bedeutende Verlangsamung des Stromes in den Retinalgefässen in Erscheinung, so dass man deutlich das Strömen der Blutkörperchen unterscheiden kann. Verf. findet, dass diese Thatsachen durchaus übereinstimmen mit den Gehirnaffectionen, wo eine abnorme Flüssigkeitsmenge sich in den Ventrikeln und den Subarachnoidealräumen ansammelt, also Hydrocephalus und chronische Meningitiden; Hirntumoren nur, wenn sie mit serösem Erguss in den Subarachnoidealraum complicirt sind. Als Ursache der intraocularen Erscheinungen, deren Auffallendste die Stauungspapille ist, nimmt er das bei erhöhtem intracraniellem Druck nothwendig erfolgende Eindrängen von Cerebrospinalflüssigkeit in die Intervaginalräume des Opticus an und dadurch bedingte Compression der vasa centralia retinae, was ihm auch direkt experimentell zu bestätigen gelang. Ausserdem nimmt er als sehr wahrscheinlich an, dass das Steigen des Blutdruckes auf Reizung des vasomotorischen Centrums beruht. Der Blutdruck der intracraniellen Gefässe ist dem der A. ophthalmica durchaus analog.

Das Verhalten des Herzens zum Hirndruck wird durch folgende Sätze charakterisirt: 1) So lange der Hirndruck so weit geringer ist als der mittlere Blutdruck, dass er auf diesen keinen Einfluss übt, ist auch Frequenz und Typus des Pulses nicht verändert. 2) Wenn der Hirndruck so hoch wird, dass er Steigerung des Blutdruckes bewirkt, tritt gleichzeitig eine bedeutende Verlangsamung des Pulses ein mit steilen hohen Wellen, bisweilen zeitweiliger Herzstillstand. 3) Wenn der Hirndruck wieder sinkt, nimmt die Pulsfrequenz zu bis der Blutdruck allmählich auf seine normale Höhe fällt, doch geht die Pulsfrequenz nicht immer parallel mit dem Blutdruck. 4) Bei fortdauerndem hohen Hirndruck nimmt die Pulsfrequenz wieder bedeutend zu, und die Wellen verflachen sich. — Die Athmung ist Anfangs vertieft und langsam, häufig stertorös, später häufig und oberflächlich. — Bei sehr hohem Druck treten epileptiforme Krämpfe auf mit Pupillenerweiterung. — Alle diese Erscheinungen lassen sich nur erklären durch anfängliche Reizung des verlängerten Markes und spätere Lähmung desselben bedingt durch die Anaemie.

B. Hirndruck in Folge localisirter Raumeinschränkung im Schädel hat in allen Dingen denselben Einfluss, wie allgemeiner constanter Hirndruck, nur scheinen die Störungen wieder zu schwinden in dem Maasse,

als das Gehirn sich dem verminderten Raume accomodirt. Die Augenstörungen sind stets beidseitig, gleichviel wo der künstliche Tumor sitzt. Ausser den auf allgemeinem Hirndruck beruhenden Symptomen sind hier aber auch solche zu beobachten, die auf dem localen Druck des künstlichen Tumor auf den nächstgelegenen Hirntheil beruhen.

V. Die sog. Hirnerschütterung und ihr Einfluss auf das Auge. Ein Schlag mit einem gepolsterten Hammer gegen den Scheitel ruft constant eine Steigerung des Blutdruckes hervor, welche jedoch nur ganz vorübergehend ist und durchaus derjenigen gleicht, die durch Reizung eines sensiblen Nerven, z. B. des centralen Ischiadicusendes hervorgerufen wird. Ebenso vorübergehend ist der zu gleicher Zeit auftretende Vaguspuls. Weitere Schläge haben sehr geringen oder gar keinen Einfluss mehr auf den Blutdruck (gerade wie bei wiederholtem sensiblem Reize). — Der intrabulbäre Druck zeigt gleichzeitig mit dem Blutdruck eine Steigerung, fällt aber rasch auf oder unter die Norm, nachdem der Blutdruck wieder gefallen ist. Unter weiteren Schlägen sinkt er mehr und mehr. Die intraocularen Gefässe zeigen eine verminderte Blutfülle und verschmälern sich. Die Ursache dieser Erscheinungen ist Gefässkrampf durch Reizung der Medulla obl. *Die übrigen Symptome (Puls, Respiration) sind durchaus dieselben wie bei Hirndruck, und beruhen hier wie dort auf Reizung und schliesslicher Lähmung der in der medulla obl. gelegenen Centren.* Die Erscheinungen waren diesselben, gleichviel ob bei der Obduktion Blutextravasate im verlängerten Mark gefunden wurden oder nicht.

Endlich also ist die Gleichheit der Symptome von Hirndruck und Hirnerschütterung, die den Chirurgen soviele diagnostische Schwierigkeiten bereitet, befriedigend erklärt worden. Ein sicheres und zwar das einzige Hilfsmittel für die Diagnose bietet nur der Augenspiegel und dürfte in den meisten Fällen auch unser Liebreich'scher Augenspiegel ausreichen.

Auf viele interessante Details der ausserordentlich fleissigen und reichhaltigen Arbeit die auch mit scharfer Kritik die reiche Literatur benutzt, können wir hier nicht eingehen.

Buch (Helsingfors).

---

75) **V. P. Gibney:** A case of slow and one of swift compression of the spinal cord from dislocation of the odontoid process. (Compression des Rückenmarks.) (The amer. journ. of Neurology and Psychiatry Bd. 1, S. 490.)

1. Linkseitige spinale Hemiplegie, Torticollis, Tod nach 4 Monaten. Bei der Autopsie wird der Processus odontoideus aus seiner Lage gebracht und das Rückenmark comprimirt gefunden.

Ein 11 jähriger Junge, bis zum 10. Jahre epileptisch, erhielt beim Spiel einen kräftigen Schlag in den Nacken. Vom nächsten Tage ab Torticollis mit etwas Hinterhauptschmerz. Wegen Vereiterung der Halsdrüsen wird 2 Monate später ein Abscess eröffnet. Etwa 5 Monate nach dem Insult ergab die Untersuchung im Hospital hochgradigste Parese in dem etwas atrophischen linksseitigen Arm und Bein, Contractur der Finger, Hyperaesthesie des ganzen Armes. Im Genick fühlt man einen nach links vorragenden Dornfortsatz, der auf Druck

schmerzt. Patellarreflexe und Gastrocnemialclonus waren sehr gesteigert. Keine Contracturen an der Unterextremität. Ausserdem bestand ulcus corneae rechts.

2 Monate später starb Patient nachdem er allmählig vollkommen paraplektisch geworden war.

Die *Section* ergab eine Luxation des Processus odontoideus nach hinten mit hochgradigster Verengung des Wirbelrohres. An der Stelle dieser Verengung wurde das Rückenmark hochgradig verändert gefunden; Schwellung der Markscheiden und Axencylinder, Anhäufung von „Detritus" von Lymphzellen, an einzelnen Stellen, absteigende Degeneration im linken Pyramydenseitenstrang und zahlreiche einzelne über Hinter- und Seitenstränge verbreitete Inselherde, besonders dicht auch in den centralen Partien des Querschnittes werden als Befunde angegeben. Aufsteigende Degeneration wurde nicht gefunden. Uebrigens standen dem Untersucher Dr. Birdsall nur einzelne Theile des R. M. zur Verfügung.

2. Käsige Ostitis im Atlanto-Occipital-Gelenk und im Atlas.

Der Krankheitsverlauf, welcher seinen Ausgang von einem Trauma (Sturz) nahm, bietet nur chirurgisches Interesse.

Die *Section* ergab die oben genannte Caries. Der processus odontoideus hatte einen ziemlich tiefen Eindruck etwa an der Gränze zwischen Medulla spinalis und oblongata gemacht.

Genauere Angaben über das Verhalten der Motilität, Sensibilität und Reflexe, ebenso über den Befund in R. M. selbst fehlen, so dass der Fall kaum wissenschaftlich zu verwerthen ist.

Edinger (Giessen).

---

76) **E. G. Janeway:** Cases bearing on the diagnosis and localization of cerebral diseases and their difficulties. (Zur Diagnose der Gehirnkrankheiten.) (The amer. journal of Neurology and Psychiatry Bd. 1, S. 468.)

Es werden zunächst die differential diagnostischen Momente, welche eine Unterscheidung der Hirnkrankheiten von Typhus, Endocarditis ulcerosa, Malariaaffectionen, Pneumonie (namentlich centrale) und Uraemie gestatten, in lehrreicher Weise besprochen und mit casuistischen Beispielen belegt ohne dass wesentlich Neues geboten würde und dann mehrere die Localisation betreffende Fälle mitgetheilt, welche theils gar nichts Neues bringen, theils nicht genau genug mitgetheilt sind um eine wissenschaftliche Verwerthung zu erlauben. Es ist nach all den Arbeiten der letzten Jahre über Gehirnanatomie durchaus zu verlangen, dass nur ganz genau anatomisch untersuchte Fälle die Casuistik vermehren, welche ohnehin schon allzureich an oberflächlich Untersuchtem ist.

Edinger (Giessen).

---

77) **Rehm** (Regensburg): Tod durch traumatische Rindenepilepsie. (Friedreich's Blätter, 6. Heft, 1882.)

Der 25jährige Häuslersohn X. S. von R. erhält in der Nacht des 1. Januar einen Schlag mit einem Prügel auf den Kopf, in Folge dessen er zu Boden stürzte und bewusstlos liegen blieb. Am 2. Januar fand Dr. K. von C. bei dem völlig bewegungs- und bewusstlosen Manne, welcher sich auch erbrochen hatte,

eine gequetschte, 3 Ctm. lange, unbedeutende Wunde auf dem linken Seitenwandbein, unmittelbar neben der Pfeilnath und dieser parallel. Athmung und Kreislauf sind frei. Das gerichtsärztliche Gutachten vom 4. 1. konstatirt traumatische Gehirnerschütterung mit Nebenverletzungen in der Schädelhöhle und deshalb zweifelhafter Prognose. Am 7. zeitweise Klarheit, Kopfschmerzen. Vom 9. ab dauernde Klarheit. Am 22. Entlassung mit vernarbter Wunde und Kopfschmerzen. Der früher völlig gesunde Mensch, dem spirituosen Missbrauch nicht ergeben, klagt jetzt häufig über Kopfschmerzen, besonders bei Einwirkung von Sonnenhitze, verminderte Sehkraft; blasses Aussehen, starrer, nichtssagender Blick. Vom 17. bis 22. 12. 78. Unterbrechung des Dienstes und Krankenhausbehandlung wegen alienatio mensis. Er bleibt darnach noch 2 Jahre im Dienst und wendet gegen seine Kopfschmerzen Sympathiemittel an. Bei der Ernte 81 hilft er seinen Eltern. Nach der Ernte klagt er über Abnahme der Sehkraft, wechselnd starke Kopf- und Zahnschmerzen, Beschwerden beim Uriniren. Am 26. 10. 81. wird er bewusstlos im Stalle liegend getroffen, den Kopf etwas nach rückwärts gebeugt, die Augen offen und starr, Mund weit geöffnet, Lippen livid, Athmen langsam, röchelnd, Puls 54, Pupillen verengt u. reagirend, manchmal Greifen mit der Hand nach der rechten Seite des Hinterkopfes und schmerzhaftes Stöhnen. Nach 10 Minuten Blick stier, Zucken der Lider, Gesicht livid, Augäpfel und Kopf drehen sich nach rechts, Trismus, Athem angehalten, stertorös, tonischer Krampf der Halsmuskeln neben klonischem aller Extremitäten, Erstickungsgefahr. Aufhören der Krämpfe mit tiefem Inspirium und Blasswerden des Gesichts nach 70 Secunden Dauer. Solcher Anfälle folgen sich 16 bis zum andern Tage. Nachts erwacht Pat. unter Brüllen und Schreien und schlägt wüthend um sich. Am 31. wird S. per Bahn zu seinen Eltern gebracht, wobei er einige Stunden weit geht. Er kann nur noch wenig arbeiten, klagt über „dämisch sein“ im Kopf. Vom 8. bis 11. Nov. hat S. wieder heftige Krampfanfälle der oben beschriebenen Art. Der rechte Arm erhebt sich im Ellenbogengelenk starr gebeugt plötzlich langsam und steif über den Kopf; dann Drehen des Kopfes nach rechts, Zucken der rechten Gesichtsmuskeln, Trismus mit Schaum vor den Zähnen, Zuckungen des linken Armes und geringere der beiden unteren Extremitäten, Thorax wie festgeschraubt, keine Reaktion auf Anrufen oder Zwicken. Plötzlicher Nachlass des Krampfes mit einer tiefen Inspiration, Wiederkehr des Bewusstseins, furchtbare Kopfschmerzen. Am 11. Parese der rechten Extremitäten, Krampf nur noch in den linken. Anfallspausen 1 bis 1½ Stunden, am 12. kürzer. Sprache wird schwerfällig, Lähmung nimmt zu. Tod in coma und Lungenödem am 14. 11. 81. Die gerichtliche Obduktion am 15. 11. ergiebt folgende wesentliche Befunde:

Aeusserlich von der Verletzung Nichts wahrzunehmen, Schädeldach sehr dünn und durchsichtig, 3 Mm.; fast ohne diploë. Harte Hirnhaut prall gespannt, besonders in der Scheitelgegend sehr zahlreiche Blutpunkte aus frischen Blutaustritten. Innenseite der Dura glänzend mit zahlreichen, punktförmigen, hellrothen Gefässen, am Rande der grossen Hirnhälften bis zum Hinterhaupt stellenweise derb, jedoch leicht löslich verwachsen. Nach vorn in der Gegend der Kreuznath die weiche Hirnhaut beiderseits in Wallnussgrösse, bräunlich sulzig aufgetrieben und die Gehirnmasse dellenförmig niedergedrückt.

Weiche Hirnhaut zart und leicht abziehbar, blutreich, nur an den beiden sulzigen Stellen mit dem Hirn verwachsen. Die Hirnsubstanz daselbst scharf abstehend, braungelb, sulzig. Hirnwindungen verdünnt beim Einschnitt mit Ent-

leerung gelber Flüssigkeit zusammensinkend. Bei Querschnitt Hirnrinde rechts in Wallnussgrösse in eine sulzige braungelbe, nicht deutlich abgekapselte, mit der Pia fest verwachsene Masse verwandelt, ebenso links, nur mehr ausgebreitet, mit einzelnen citronengelben nicht abstreifbaren Einlagerungen. Hirnrinde chokaladenfarben, Marksubstanz schmutzigweiss mit zahlreichen Blutpunkten. In den Seitenventrikeln geringe Mengen schwachröthlicher Flüssigkeit. Plexus und Blutleiter des Schädelgrundes blutreich.

Epilepsie war in der Familie des S. völlig fremd. Der Hirnbefund entspricht etwas den sogenannten apoplektischen Cysten, wie sie durch rothe Erweichung der Hirnrinde durch capillare Apoplexien eingeleitet werden. Diese wurden durch das trauma der Scheitelgegend vom 1. Januar 78 in der Gegend der Centralspalte, also in den hinteren Stirn- und Centralwindungen erzeugt. Der früher gesunde Mann klagt seitdem über Kopfschmerzen und verfällt Ende October in die oben geschilderten Anfälle die bis zum Tode anhalten.

Es folgen literarhistorische Excurse über die sogenannte Rindenepilepsie, wie sie theils am Krankenbette, theils durch das Thierexperiment beobachtet wurde und für welche der Beginn des Anfalles in stets ein und derselben Muskelgruppe charakteristisch ist.

Gutachten. 1. S. erlitt am 1. Januar 78 durch einen Schlag auf den Scheitel ohne besondere äussere Wunde eine Verletzung der Hirnrinde beiderseits in der Gegend der Centralspalte mit Hirnerschütterung.

2. Der am 14. Nov. 82 unter den Erscheinungen der Rindenepilepsie erfolgte Tod des S. ist auf die am 1. Januar erlittene Hirnverletzung zurückzuführen und demnach

3. S. an den Folgen der am 1. Januar 78 erlittenen Verletzung gestorben. Landsberg (Ostrowo).

---

78) **A. M. Dochmann**: Idiopathischer Zungenkrampf. (Aus der Klinik des Prof. Winogradow in Kasanj. (Medizinskoïe Obosrenïe Dec. 1882. russisch.)

Nach einer Aufzählung der Krankheiten, bei welchen Zungenkrämpfe symptomatisch auftreten können, weist Verf. auf das äusserst seltene Vorkommen des idiopathischen Zungenkrampfes hin (in der Literatur sind nur 3 Fälle verzeichnet, 1 von Erb, Krankheiten der peripheren Nerven II. Aufl. 1876 pag. 296 und 2 von Berger, neurol. Centralbl. 1882. Nro. 3) und theilt dann den von ihm beobachteten Fall mit.

Im Februar 1882 erschien im Ambulatorium des Prof. Winogradow die 9jährige Anna G., deren Vater die Mittheilung machte, dass die jetzt vorhandenen Symptome im Herbste des vorigen Jahres bei vollständigem Wohlbefinden des Kindes ohne äussere Veranlassung aufgetreten seien, und dass die Kleine abgesehen von diesen gleich zu beschreibenden Krämpfen, sich sehr wohl fühle; in der letzten Zeit aber hätte sie sich vor dem Kauen und Essen gefürchtet. Die Eltern sind gesund, ebenso die gut entwickelte Tochter, welche namentlich eine vollkommene gesunde Mundhöhle aufweist und ist die Kranke nur wegen Ausstreckens der Zunge, welches in ziemlich regelmässigen Intervallen von 4—10 Minuten vor sich geht, und welches Nachts

seltener, aber doch so stark anftritt, dass die Kranke zuweilen davon erwacht, dem Prof. Winogradow vorgestellt worden. In den krampffreien Intervallen erscheint die Zunge völlig normal, von einer Aura ist auch nichts zu bemerken, die Kranke fühlt, *„dass sie die Zunge herausstrecken muss“* und kann diesem Impulse nicht widerstehen, aber empfindet dabei durchaus keinen Schmerz in der Zunge, welche nur ermüdet erscheint.

Ein freiwilliges Vorstrecken der Zunge ruft durchaus nicht immer den Krampf hervor, der Beginn dieses aber documentirt sich durch ein rasches Zurückziehen der Zunge. Ist das Kind aufgeregt, so treten die Anfälle häufiger, alle 4—6 Minuten, auf; in ruhigem Zustand erscheinen sie stündlich 3—4 Mal und nimmt dabei das Gesicht des Kindes einen neckenden Ausdruck an. Die Zunge fühlt sich dabei hart an und zeigt keine Zuckungen, gegen das Ende des Anfalls biegt sich die Spitze nach oben, als ob die Oberlippe abgedeckt werden sollte und verschwindet schliesslich die Zunge, oft gegen den Willen der Kranken in der Mundhöhle. Der einzelne Anfall dauert gewöhnlich 8—15 Secunden, und zwar um so länger, je grösser die krampffreien Intervalle; sind diese sehr kurz, so wird die Zunge schon nach 3—5 Secunden ruhig. Will die Kranke während des Krampfes den Mund schliessen, so stösst die Zunge an die Zähne und verursacht dadurch Schmerzen; gewöhnlich tritt der Krampf so unerwartet ein, dass die Kranke den Mund nicht zu schliessen vermag und verändert sich dabei das Gesicht in Bezug auf Blässe oder Röthe gar nicht. Die Sprache ist erschwert, manche Laute werden pfeifend ausgestossen, das Schlucken gelingt schlecht und fürchtet die Kranke während der Krampfperiode etwas zu essen, weil sie, nach der Aussage des Vaters, mehrmals bei solchen Versuchen beinahe erstickt wäre.

Die Kranke bekam Eserin und Bromkalium innerlich, hat sich aber weiter in der Ambulanz nicht vorgestellt.

Verf. schliesst sich der Ansicht Berger's an, dass die hier vorliegende Hyperkinesis idiopathica auf einer Reizung des corticalen oder bulbären Hypoglossuscentrums beruhe und zwar localisirten sich die tonischen Krämpfe besonders in den die Zunge vorstreckenden Muskeln.

Hinze (St. Petersburg).

---

79) **Hughes Bennet:** The differential Diagnosis between Hysterical Paralysis and Poliomyelitis anterior. (Differential-Diagnose zwischen hysterischer Lähmung und Poliomyelitis anterior.) (The Lancet 1882 18. Novbr.)

Verf. hält für die nicht geringe Anzahl von Fällen, bei welchen aus der Aetiologie, Symptomatologie etc. keine Differentialdiagnose zwischen hysterischer Lähmung und Poliomyelitis anterior ermöglicht ist, zwei Untersuchungs-Methoden für *in der Regel* entscheidend.

1. die Untersuchung der Reflexe von der Haut und den Sehnen aus — dieselben fehlen bei Poliom. und sind bei Hysterie vorhanden.

2. die Untersuchung der electrischen Erregbarkeit, welche bei Poliom. in kürzester Zeit schwindet, aber bei Hysterie erhalten bleibt.

Einzelne Ausnahmen kommen aber auch bei dieser Regel vor.

Karrer (Erlangen).

---

80) **Leyden:** Tabes dorsalis. (Artikel in d. Realencyclopädie d. ges. Heilk. von A. Eulenburg. 1883. 63 S.)

Schon 1863 hat Leyden eine wichtige Monographie über die Tabes geschrieben, seitdem hat er zahlreiche Beiträge zur Lehre von dieser Krankheit geliefert und immer, wenn über Tabes gehandelt wird, findet sein Name Erwähnung. Wenn jetzt von ihm eine zusammenfassende Darstellung der Pathologie der T. erscheint, tritt jeder mit hochgespannten Erwartungen an die Lecture heran. Man hofft auf eine für lange mustergültige Schilderung, welche klar und erschöpfend ein Bild des jetzigen Wissens gibt. Da diese Darstellung in einer Encyclopädie erscheint, erwartet man von ihr besonders Objectivität. Die Arbeit des hervorragenden Klinikers mit einiger Ausführlichkeit zu besprechen, wird daher sicher gerechtfertigt sein.

L. eröffnet seine Darstellung mit folgender Definition: „unter Tabes dorsalis verstehen wir eine chronische, in der Regel progressiv verlaufende Rückenmarkskrankheit, welche in ihrem ausgebildeten Stadium durch eine eigenthümliche als Ataxie bezeichnete Störung der Muskelaction charakterisirt ist, und welcher eine Degeneration der hinteren Stränge des Rückenmarks zu Grunde liegt.“ Er empfiehlt den Namen T. d. als den am wenigsten vorgreifenden und dem klinischen Standpunkte angemessenen. Die folgenden geschichtlichen Bemerkungen schliessen mit den etwas animosen Worten: „endlich haben in der neuesten Zeit die Discussionen über den therapeutischen Werth der Nervendehnung bei T. und den Zusammenhang zwischen T. und Syphilis viel Staub aufgewirbelt, ohne jedoch nachhaltige Wirkungen zu hinterlassen.“

Die „pathologische Anatomie“ schildert zunächst die makroskop. Verhältnisse bei älteren Fällen, ohne viel auf die neuerdings angestrebte genauere Topographie einzugehen und ohne die neueren Befunde an der Oblongata zu berücksichtigen. Dass eine Erkrankung der peripheren Nerven nicht nachgewiesen sei, ist wohl nicht ganz richtig (opp. Friedreich, Westphal, Déjérine). Die Ausbreitung des Processes auf den Bezirk der Kleinhirnseitenstrangbahnen soll noch als typisch gelten. Dagegen ist zu bemerken, dass nach Strümpell jener Bezirk bei typischer T. nie erkrankt, was L. S. 56 des Sep.-Abdr. selbst hervorhebt. Der mikroskopische Befund wird durch einen Holzschnitt (Fig. 3 nach Taf. II, 5, a des 2. B. der Klinik der Rückenmarkskrankheiten) erläutert, welcher fremdartig anmuthet und sicher nicht das gewöhnliche Bild der grauen Degeneration wiedergiebt. Die Natur des Tabesprocesses fasst L. als parenchymatöse Degeneration auf. Schwer verständlich ist die Besprechung der Frage nach der systematischen Natur der Krankheit. L. „vertritt die Ansicht, dass es sich um eine Erkrankung der sensibeln Leitungsbahnen handelt“ und schliesst (S. 61. des Sep.-Abdr.) mit dem Satze, dass er nur 2 Systemerkrankungen im

Rückenmark anerkenne, nämlich ausser der Erkrankung der Py Bahn „diejenige, welche an die Verbreitung der sensibeln Bahnen in den hinteren Strängen des Rückenmarks sich anschliesst, das ist die progressive Bewegungsataxie oder die Tabes dorsalis Romberg's.“ Nichts destoweniger soll man sich in der Lehre von den Systemerkrankungen in Schwierigkeiten und Widersprüche verwickelt haben, die anatomische Verbreitung soll sich nun einmal nicht in das Schema der Systemerkrankungen gefügig einreihen lassen, die Lehre von den Systemerkr. soll durch Kahler's neue Arheit einen empfindlichen Stoss erhalten haben (wie so denn?), u. s. w. Ich gestehe, dass ich hier nicht zur Klarheit gelangt bin.

Die „Symptomatologie“ beginnt mit einer Schilderung der Ataxie. Dieselbe sei das Hauptsymptom der Krankheit. S. 17 wird gesagt, die Muskeln haben Prallheit und Rundung, S. 19 dagegen, die Muskeln seien schlaff, ihr Tonus sei herabgesetzt. Der Passus: „eine Ataxie der Kopfbewegungen, ähnlich der Paralysis agitans, kommt nur selten vor,“ dürfte leicht missverstanden werden. Es soll wohl heissen: wie bei P. a. der Kopf nur selten zittert, sind bei T. die Kopfbewegungen selten atactisch. Neben der Ataxie wird die häufige Muskelschwäche erwähnt, mit wenig Worten werden die Augenmuskellähmungen erledigt (die progressive Ophthalmoplegie wird nicht erwähnt), eingehendere Erwähnung finden die Lähmungen der Extremitäten. Dieselben werden geschieden in „Pseudoparalysen“ und „wirkliche“ Lähmungen. Jene seien theils durch Mangel an Willenskraft (bes. bei Frauen), theils durch allgemeine Erschöpfungszustände bedingt. Diese treten theils plötzlich, theils allmählich auf, sind meist nicht complet, nicht mit degen. Atrophie verbunden, oft vorübergehend. L. tritt für die apoplectiforme Hemiplegie als Symptom der Tabes selbst ein. Zu den bemerkenswerthen motorischen Complicationen gehören nach ihm die Entwicklung der progressiven Muskelatrophie (dieselbe soll von einem Uebergreifen der Degeneration von den hinteren Wurzelfasern auf die vordere graue Substanz herzuleiten sein), die seltenen Contracturen, die Muskelzuckungen. Dass Fälle mit Muskelatrophie und Contracturen nicht zur typischen T. gehören, dürfte doch stärker hervorzuheben sein, hier stehen diese Symptome mit den Augenmuskellähmungen in einer Reihe.

Als Sensibilitätsstörungen, welche (von den starken Schmerzen abgesehen) dem Kranken ziemlich gleichgiltig und somit „mehr von theoretischer Bedeutung“ seien, nennt L. zunächst die subjectiven, Schmerzen, Dysästhesien, Parästhesien. Die Behauptung, dass die Tabesschmerzen so wenig charakteristische Eigenschaften haben, dass sie für sich die Diagnose nicht ermöglichen, dürfte nicht auf allgemeine Zustimmung zu rechnen haben. Sicher darf die Diagnose sich nicht auf die Schmerzen allein stützen, aber wenig subject. Symptome dürften charakteristischer sein als die lanzinirenden Schmerzen. Dass das Gefühl von Kälte und Formicationen in den Füssen selten seien, behauptet L. auch. Das nahezu immer vorhandene Ermüdungsgefühl wird hier nicht erwähnt. Etwas eingehender als die subjectiven werden

die objectiven Sensibilitätsstörungen besprochen. Als solche werden genannt Analgesie, Hyperalgesie, partielle Empfindungslähmung, verlangsamte sensible Leitung, Störungen des Muskelgefühls, Verminderung des Tastgefühls, Nachempfindungen, Erschöpfbarkeit der Empfindung. Unter den Reflexerscheinungen werden die Sehnenphänomene angeführt. Die Reflexe von der Fusssohle seien „gewöhnlich" recht lebhaft. Bei den Augensymptomen ist die vorübergehende Accommodationslähmung nicht erwähnt. Nur kurz werden die Myosis, mit ihr zusammen die reflector. Pupillenstarre und die Opticusatrophie besprochen, ebenso die Störungen des Geruches und Gehörs. Die T. kann sich mit Geistesstörung verbinden. „Die Form der Geisteskrankheit entspricht der progressiven Geistesparalyse." Andere Formen werden im Texte nicht erwähnt. Jedoch bemerkt L., dass sich zuweilen im Verlaufe der T. eine acute Geistesstörung in Form eines acuten Deliriums, ähnlich wie bei der acuten Meningitis entwickele. Er habe 5 derartige Fälle gesehen. Der Tod trat bald im Coma ein. Der Gehirnbefund war negativ.

Es folgen die Störungen der Sphinkteren und der Geschlechtstkätigkeit. Als „Symptome von Seiten der Eingeweide" bezeichnet L. die Magenkrisen (ohne Erwähnung der Darmkrisen), die Broncho- resp. Laryngokrisen, die Nierenkrisen (ohne die Urethralkrisen) die Pulsbeschleunigung (die Complication mit Klappenfehlern betrachtet L. als Zufall), als trophische Erscheinungen die Hauterkrankungen, Herpes, Lichen etc., das Mal perforant, die Arthropathien und Fracturen. Alle diese Dinge nehmen nur sehr wenig Raum ein. Die epileptiformen Anfälle, die Ekchymosen, die selteneren vasomotorischen Erscheinungen, das Verhalten der Fuss-Schweisse, das Abfallen der Zehennägel u. a. werden nicht erwähnt.

Die Schilderung des Verlaufs der typischen T. bringt nichts Neues. L. unterscheidet mit A. ein neuralgisches, ein atactisches und ein paraplektisches Stadium. Eine wirkliche Heilung hält er für nicht möglich, auch den Ausgang in definitiven Stillstand bezweifelt er.

Als „abweichende Formen der T." nennt L. zunächst die cervicale und cerebrale Form. Er hält es für unumgänglich diese von der typischen T., die im Dorsaltheil beginne, zu trennen. Warum „die cervicale F. zur Muskelatrophie disponirt," ist nicht einzusehen. Ferner unterscheidet L. die abortiven Formen und endlich die hereditäre Ataxie. Letztere als besondere Krankheit und mit Kahler und Pick als combinirte Systemerkrankung zu betrachten ist er geneigt.

Bei der „Diagnose" werden als classische Symptome, welche eine frühe Diagnose ermöglichen, genannt: 1) die lancinirenden Schmerzen „oder" geringe Schwäche, 2) die reflectorischen Pupillenstarre „mit oder ohne Strabismus," 3) das Fehlen des Kniephänomens.

Am meisten Widerspruch wird L's. „Aetiologie" finden. In seinem Handbuch nahm sie 3/4 Seite ein, hier dehnt sie sich zwar auf 2 Seiten aus, dürfte aber trotzdem nicht erschöpfend genannt werden. Die Erkältung bezeichnet L. als die directeste und häufigste Ursache der T. Fälle, wo die Krankheit evident aus Erkältungen mit Ausschluss

jeder anderen plausibeln Ursache sich entwickelte, seien in grosser Zahl constatirt. Ausser der Erkältung lässt L. das Trauma gelten. „Es ist gewiss nicht unwahrscheinlich, dass Trauma einen ähnlichen Effekt auf die sensibeln Nerven ausüben kann wie Erkältung.“ Auch bei den typischen Fällen walte eine gewisse hereditäre Disposition vor. Ueber die Syphilis handelt folgender Passus. „In der letzten Zeit ist die Syphilis als Ursache der T. nicht nur genannt, sondern in den Vordergrund gestellt worden. In Deutschland ist es hauptsächlich W. Erb, welcher sich für diese Aetiologie ins Zeug legte [!], in Frankreich Fournier. Die Beweisführung beruht jedoch ausschliesslich auf den statistischen Erhebungen, dass eine grosse Anzahl (angebl. bis zu 70%) Tabischer früher an Syphilis gelitten haben. Allein man weiss, welchen Irrthümern derartige Erfahrungen ausgesetzt sind. Ueberdies kann die Statistik allein für den ätiologischen Zusammenhang einen entscheidenden Beweis nicht gebe. Ausser ihr fehlt aber jeder andere wahrscheinliche Anhaltspunkt. Der anatomische Process hat mit den anderweitig bekannten Formen der Syphilis des Nervensystems absolut keine Aehnlichkeit und ebensowenig gibt die Therapie den gewünschten Beweis. Die Syphilis als Aetiologie der T. muss daher zurückgewiesen werden.“ Es entspricht weder der Bedeutung der Personen noch der Sache, die wichtige Angelegenheit in dieser Weise abzuthun. Falsch ist, dass die Autoren 70% Inficirte unter den Tabeskranken fanden, Erb fand 89,3%, Fournier 91,45%. Ohne auf die Sache näher einzugehen darf man doch fragen, *welchen* Irrthümern sind denn derart. statist. Erhebungen ausgesetzt? Doch wohl hauptsächlich dem, dass die Kranken ihre Infection verheimlichen oder nicht kennen.

Die „Therapie“ kann nach L's Auffassung natürlich nur die Aufgabe haben, den Process nach Möglichkeit in seinem Fortschreiten aufzuhalten, den Ausgleich der Störungen zu begünstigen und lästige oder schädliche Symptome zu bekämpfen. Als prophylaktische Maassregel kennt L. nur die Verhütung schwerer Erkältungen bes. der Füsse. Da er die Möglichkeit eines jeden Zusammenhanges zwischen T. und Syphilis zurückweist, kann er auch diejenige Maasregel nicht erwähnen, welche für die jene Möglichkeit Anerkennenden von der fundamentalsten Bedeutung ist, nämlich die energische und langdauernde Behandlung jeder syph. Infection.

Betreffs des allgemeinen Verfallens mahnt L. zur Vermeidung der Kälte und körperlicher wie geistiger Ueberanstrengung. Erkältung sei am meisten zu fürchten, da der Pat. sie nicht mehr gut fühle. Es ist aber bekannt, dass die meisten Tabeskranken gegen Kälte äusserst empfindlich sind. Blutentziehungen und Ableitungen lässt L. nur als Gegenreize bei Schmerzen gelten. Von innern Mitteln erwartet er nicht viel. Am meisten vom Jodkalium. „Die Wirkung des Quecksilbers wird mit der Zurückweisung der Aetiologie von Syphilis hinfällig.“ Argentum nitr. erklärt L. für „völlig unwirksam.“ Man könnte erwarten, dass die gegentheiligen Erfahrungen anderer Autoren wenigstens erwähnt würden. Warmen Bädern ist L. bekanntlich sehr ge-

neigt, er geht soweit selbst Schwitz- und Dampfbäder im Beginne der Krankheit zu empfehlen. Nach des Ref. Erfahrung giebt es nichts, was für angehende Tabeskranke so schädlich wäre, wie Dampfbäder. Freundlicher als früher scheint L. jetzt der Hydrotherapie gegenüber zu stehen. „Die elektrische Behandlung der T., jedenfalls ein wichtiges, therapeutisches Agens, darf doch nicht überschätzt werden". Die cutane Elektrisirung habe er schon 1863 empfohlen, doch habe er bei ihrer Anwendung keine sichtlichen Resultate constatiren können. Die Nervendehnung verurtheilt bekanntlich Leyden. „Die abweisende Kritik, welche ich zuerst aussprach, wurde anfangs mit Misstrauen aufgenommen, dann aber häuften sich die Erfahrungen und durch die Discussion im Verein für innere Medicin, sowie in der Berliner med. Gesellschaft ist über diese Operation definitiv und für alle Zeit der Stab gebrochen". Die genannten Gesellschaften sind gewiss von grosser Bedeutung, L. scheint ihnen aber gar zu viel zuzumuthen. Durch eine Discussion der Berliner Erfahrungen können doch die theilweise recht guten Erfolge, welche andere Aerzte gehabt haben, nicht aus der Welt geschafft werden. Es giebt Fälle von T. dolorosa, wo alle sonstigen Mittel versagen, da dürfte vielleicht auch in Zunkunft die Nervendehnung als palliatives Mittel gerechtfertigt sein. Bei Erwähnung der gegen die Sehmerzen gerichteten Therapie betont L. die Gefahr der Morphiumsucht. Dass er aber dieselbe, welcher ja die armen Kranken leicht verfallen, ein „Laster" nennt, erweckt gerechtes Befremden.

Die „Theorie" der Krankheit ist in der Hauptsache die Theorie der Ataxie. L. vertritt hier energisch seine alte Ansicht, dass die Ataxie sensorisch sei, soviel ich sehe ohne neue Gründe beizubringen. Zweifellos glückt es ihm, die Vorzüge seiner, die Schwächen der anderen Ansichten ins Licht zu stellen. Doch dürfte auch nach dieser Auseinandersetzung die überaus schwierige Frage nicht als erledigt gelten. Satz 3 „eine Störung der Sensibilität bedingt auch eine Störung der Coordination" ist nur auf Thierexperimente gestützt, die in klinischen Fragen nicht den Ausschlag geben, und bleibt zu beweisen. Dass es Anästhesien gibt ohne Ataxie (Fall Späth-Schüppel, ferner die Fälle Strümpell's und Winter's, welche L. nicht erwähnt), bleibt eben doch wahr. Wenn schliesslich L. seine Auffassung dahin zusammenfasst, dass die T. eine chronische Degeneration der sensibeln Bahnen im Rückenmark sei, so kann man nur bedauern, dass er dieser einladenden Hypothese, welche in ähnlichem Sinne auch Pierret u. a. vertreten, kein vollständig sicheres Fundament gegeben hat. Insbesondere wird jeder Versuch vermisst, die bei Tabes vorkommenden Lähmungen, welche ja oft genug permanent sind, durch die Läsion sensibler Fasern zu erklären.

Den Schluss macht ein Verzeichniss der citirten Arbeiten.

Leider sind ziemlich viele Druckfehler stehen geblieben.

Möbius (Leipzig).

---

81) **Th. Rumpf** (Bonn): Zur Pathologie und Therapie der Tabes dorsalis. (Berl. kl. W. 83. Nro. 4.)

Gestützt auf 5 sorgfältig beobachtete Fälle von typischer Tabes ohne luetische Antecedentien, bei denen sehr wesentlicher Rückgang sämmtlicher Krankheitssymptome erfolgte, empfiehlt R. warm die *faradische Pinsel-Behandlung.* Bei luetischen Individuen schlägt er vor, eine gleichzeitige antisyphilitische Cur mit Application des Pinsels zu verbinden. — Methode der Anwendung: Anode auf dem Sternum. Mit dem Kathodenpinsel werden Rücken und die ergriffenen Extremitäten bis zur kräftigen Röthung gestrichen. Die Stromstärke wird so gewählt, dass „kräftige Empfindung" bis nahe an Schmerz vorhanden ist. Täglich 10 Minuten. 50 und mehr Sitzungen. —

Langreuter (Dalldorf).

---

82) **A. Eulenburg** (Berlin): Ueber Heilbarkeit und Behandlung der Tabes dorsalis. Vortrag in der Sitzung der Hufeland'schen Gesellschaft vom 17. 11. 82. (Berl. kl. W. 83. Nro. 1 u. 2.)

Vortragender constatirt zunächst die Möglichkeit der Heilung der Tabes überhaupt durch Bericht über 3 einschlägige Fälle (von 300 im Ganzen von Vortragendem behandelten!). Die noch nach Jahren fortbestehende Heilung war bei unzweifelhaft tabischen Kranken erzielt worden im ersten Falle durch Arg. nitr., im zweiten durch combinirte galvanisch-hydrotherapeutische, im dritten durch vorzugsweise galvanische Behandlung. Bei spezieller Besprechung der therapeutischen Methoden hebt E. hauptsächlich die, seiner Ansicht nach, mit Unrecht in Misscredit gekommene *Silberpräparate-Behandlung* hervor. Vielleicht sei ein Theil der Misserfolge auf unzweckmässige Verabreichung des Mittels zu schieben, dass bei innerlicher Einverleibung sehr leicht in unlösliche Verbindungen übergeführt würde. Es empfehle sich deshalb vielmehr die subcutane Darreichung (Verf. stützt sich auf Thierexperimente) und zwar besonders der *Silberalbuminat-* und der *Silberhyposulfitlösung.*

Ferner verdiene das „bei der Behandlung chronischer Spinalerkrankungen mit Unrecht einer fast völligen Vergessenheit anheimgefallenen *Strychnin*" eine Wiederaufnahme (ebenfalls subcutan); wenigstens habe Verf. „öfters eine nicht unerhebliche symptomatische Besserung der bestehenden Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen" beobachtet.

Indem E. schliesslich die *prolongirte lokale Wärmeentziehung* oder unter Umstände auch *Wärmezuführung längs der Wirbelsäule* (Chapman'sche Rückenschläuche) empfiehlt, nimmt er an, dass durch dieses Verfahren theils — durch Abkühlung — verminderte Leitungsfähigkeit und dadurch Schmerzherabsetzung erzeugt werde; zum grössten Theil kämen aber *reflectorisch* ausgelöste Innervationsimpulse auf Blutdruck u. Circulation in Betracht: „Freimachung der gestörten Circulation in arteriellen Bahnen des Rückenmarks, resp. Herstellung eines hinreichend mächtigen Collateralkreislaufes in den Gefässen der Hinterstränge." (Untersuchung von Adamkiewicz).

Langreuter (Dalldorf).

---

83) **Voigt** (Rehme-Oeynhausen): Syphilis und Tabes. (Berl. kl. W. 1883. Nro. 3.)

Seine früher (B. kl. W. 81. Nro. 39 und 40) ausgesprochene Ansicht bezüglich des Verhältnisses zwischen Lues und Tabes „dass erstere wohl nur als prädisponirende Ursache im Falle nachkommender Tabes aufzufassen sei“ corrigirt jetzt Verf. nach Beobachtung von weiteren 76 Fällen dahin, „dass diejenigen Recht haben (Erb, Gowers, Fournier) welche in der *Tabes* früher Syphilitischer eine *durch die Lues direct hervorgebrachte Krankheit sehen.*“

Unter den Tabischen Voigt's hatten 81,4% vorher an Syphilis gelitten. Dass in so seltenen Fällen nach eingeleiteter Schmierkur Besserung der Rückenmarkserkrankung einträte, führt Verf. auf die zumeist zu spät unternommene Cur zurück. Es sei sofort bei den *Initialsymptomen* energisch vorzugehen und hebt Verf. als solche besonders hervor: Verminderung der Schmerzempfindung und Verlangsamung ihrer Leitung. Langreuter (Dalldorf).

---

84) **Frederic Treves:** Perforating Ulcer of the foot and Progressive Locomotor Ataxia. (Das perforirende Fussgeschwür und die Tabes.) (The Lancet 1882, 21. Octob.)

Im Anschluss an die Mittheilung eines Falles von perforirendem Fussgeschwür spricht sich Verf. dahin aus, dass diese Erkrankung als eine rein locale aufzufassen sei, welche nur zufällig auch öfters bei Tabikern vorkomme.

Karrer (Erlangen).

---

85) **Alder Blumer:** A Case of Perverted Sexual Instinct. (Perverser Sexualtrieb.) (Amer. Journ. of Insan. Juli 1882.)

Verf. erzählt die Liebesgeschichte eines Mannes, der sich in einen andern ihm bis dahin völlig Unbekannten verliebte. Auszüge aus dem Tagebuche, aus einem Essay über Affection, poëtische Ergüsse schmücken die Erzählung. Der Mann war neuropatisch veranlagt. Karrer (Erlangen).

---

86) **Henry M. Hurd** (Michigan): The Treatment of Periodic Insanity. (Behandlung des periodischen Irreseins.) (Amer. Journ. of Ins. Oct. 1882.)

Verf. spricht sich dahin aus, dass bei längeren Intermissionen die Kranken die ruhige Zeit ausserhalb der Anstalt zubringen sollten, da durch den Anstaltsaufenthalt das Recidiv doch nicht aufgehalten werden könnte, die Kranken aber in der Anstalt durch den Mangel genügender Anreize indolent werden. Bei periodischer Manie sah Verf. in manchen Fällen von mässigen Gaben Hyoscyamin guten Erfolg; bei periodischer Melancholie leistete Cannabis indica Nichts, dagegen erwiesen sich Codeïn und Coffeïn von Nutzen.

Karrer (Erlangen).

---

87) **Pick** (Dobrzan): Ueber Krankheitsbewusstsein in psychischen Krankheiten. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIII. 3. p. 518.)

Dem schwierigen Thema widmet sich der Verf. in sehr sorgfältiger Weise, indem er nach einer ausführlichen historischen Einlei-

tung die klinische Seite der Sache beleuchtet und mit Belägen der Literatur und eigener Erfahrung erläutert. Nach Pick zerfällt die Allgemeinbezeichnung des *Krankheitsbewusstseins* in *Krankheitsgefühl* und *Krankheitseinsicht*. Das zuerst genannte ist das primäre und führt, falls noch ein gewisser Grad von Besonnenheit vorhanden ist, zur Einsicht. Das *Krankheitsgefühl* ist der Ausdruck des Empfindens von *Störungen* des Gemeingefühls in specie der *Organgefühle*. Dass ein solches „Organgefühl" auch in Bezug auf das Gehirn besteht, ist nach den — bei Pick citirten — Aeusserungen von Stricker, Reil, Griesinger, Westphal und Mendel wahrscheinlich, wenn auch die Aeusserungen genannter Autoren nur bedingter Natur sind. Zum Zustandekommen des Krankheitsgefühls bei Geisteskranken concurriren ausserdem wahrscheinlich auch die übrigen Körperorgane. — Neben diesem Krankheitsgefühl, das hauptsächlich die Gemüthsseite afficirt, kommt dann auf dem Wege des Denkprocesses die *Krankheitseinsicht* zu Stande.

Ich schicke diese Reflexionen des Verf.'s die in seiner Arbeit erst zu Schlusse stehen, voraus, weil sie am besten seinen Standpunkt präcisiren. In den speziellen Erörterungen Pick's ist meistens der Ausdruck „Krankheitsbewusstsein" gebraucht, sofern nicht wegen des Ueberwiegens der einen oder der anderen Componente bei einer besonderen Form von Geistesstörung eine Unterscheidung nothwendig ist.

Aus der historischen Einleitung, bezüglich deren Details auf die Originalarbeit verwiesen werden muss, geht evident hervor, wie verbreitet die Annahme war, dass Nichtbewusstein der Krankheit ein integrirender Theil der Geistesstörung sei. Erst in neuerer Zeit bricht sich die Anschauung Bahn, dass Fälle mit vorhandenem Krankheitsbewusstsein viel häufiger sind, als man früher annahm. Den Beweis dafür bleibt P. nicht schuldig, indem er in dem speziellen Theil seiner Arbeit die einzelnen Formen der psychischen Störungen untersucht und dabei die vollkommene Beherrschung der einschlägigen Literatur durch zahlreiche Citate documentirt.

Nach Erörterung der *Hallucinationen im allgem.* bei denen Krankheitsgefühl sehr häufig ist, des *angeborenen Schwachsinns* und der *Moral insanity*, bei denen es seltener auftritt, geht Verf. zu den *periodischen Formen von Geistesstörung* über und betont, dass — wie jeder Fachmann wird bestätigen können — gerade während des Nachlassstadiums das Bewusstsein der Krankheit ein oft sehr vollkommenes ist.*)

*) Durch besondere Betonung der von Wittkowski beschriebenen, „recurrirenden Manie" scheint Pick Werth darauf zu legen diese als ein besonderes Krankheitsbild hinzustellen. Ref. muss gestehen, dass ihn weder die von W. angeführten Fälle noch die in der vorliegenden Arbeit Pick's berichtete Krankheitsgeschichte überzeugen konnten. Es ist kein Grund vorhanden, die Annahme von tiefer Remission oder von ächtem Recidiv — je nach Lage der Fälle — auszuschliessen, und muss deshalb der von Wittkowski gebrauchte Vergleich mit körperlichen auf Bacterieninvasion beruhenden Krankheiten (Recurrens) ein sehr gewagter genannt werden. Zumal bei der Manie, die dazu neigt mit grossen

„Das Vorkommen und die Stärke des Krankheitsgefühls in der *Melancholie* wechselt mit den verschiedenen Formen derselben,“ es tritt besonders im *Incubationsstadium* auf. „Eine Form wird durch dieses Vorkommen ganz besonders characterisirt; es ist dies die sog. Melancholia sine delirio.“ — Ein abnorm *gesteigertes Krankheitsgefühl* ist das Wesen der *Hypochondrie* besonders der *hypochondrischen Verrücktheit*, wenn auch dasselbe hier häufig durch Wahnvorstellungen gefälscht wird. P. citirt eine characteristische Aeusserung eines Kranken: „Er (der Kranke) wäre wohl zuweilen verwirrt, aber das habe man gemacht, um ihn zu verderben.“ —

Beim *hysterischen* und *epileptischen Irresein* ist das Krankheitsbewusstsein ebenfalls ziemlich häufig, dagegen seltener bei der *reinen Manie*. Es tritt hier nicht auf der Höhe der Erregung auf, wo die Intelligenzstörung zu gross ist, sondern naturgemäss eher während der Reconvalescenz und der Remissionen.

Bezüglich der *primären Verrücktheit* wird Krankheitsbewusstsein *häufiger* bei den *acuten* als bei den *chronischen* Formen beobachtet. Auch hier wieder sind die Remissionen bevorzugt. — Betreffs der *Zwangsvorstellungen* und *Zwangshandlungen* sei die bei Pick citirte Aeusserung eines Kranken Georget's angeführt: „Ich weiss, dass ich deraisonnire, dass ich widersinnig handle, aber ich kann nicht anders; es kommen mir widersinnige Gedanken in den Kopf, ich möchte mich gerne davon losmachen, aber ich kann nicht.“ —

Im Verlauf der *progressiven Paralyse* ist lebhaftes Krankheitsgefühl im Prodromalstadium etwas sehr gewöhnliches. — Aehnlich verhält es sich mit der *senilen Demenz* (Bewusstsein der beginnenden Gedächtnissschwäche). — Bei *Herdaffectionen* (Tumoren) und bei dem *traumatischen Irresein* ist Krankheitsbewusstsein meistens vorhanden, häufig ist es bei *Intoxicationspsychosen*. (Alcoholismus, Haschischvergiftung etc.) —

Dass Krankheitsgefühl resp. Einsicht im Allgem. häufiger während des Incubationsstadiums und der Reconvalescenz eintritt, erwähnt Pick bereits bei den einzelnen Formen der Geistesstörungen, es ist meist intensiver bei *langsamer* als bei *plötzlicher* Reconvalescenz.

Vort. erwähnt an dieser Stelle die eigenthümliche Erscheinung der raschen *Besserung kurz vor dem Tode*.*) An der Hand seiner

---

Schwankungen zu heilen, dürfte ein verhältnissmässig freies Intervall von wenigen Tagen (wie in dem Falle Pick's) nicht zu den besonderen Ausnahmen gehören. — Die angezogene Veröffentlichung Wittkowski's findet sich in der Berl. klin. Woch. 1881. Nro. 24.

*) Es sei hier ein eclatantes Beispiel erwähnt, das Ref. im J. 1880 in der Irrenanstalt Königslutter erlebte. Eine nach dem ersten Wochenbett an Melancholia stupida intensivster Art erkrankte Frau besserte sich — nachdem das Krankheitsbild mehrere Monate ein völlig gleichmässiges gewesen war (Stupor) — rasch bei dem Eintritt einer floriden Phthise. Ein bis zwei Tage vor dem nach einigen Wochen eintretenden Tode war die Pat. als psychisch genesen zu betrachten. Sie hatte volle Krankheitseinsicht.

Auseinandersetzungen kommt Pick zu dem Schlusse, dass dem Symptome des Krankheitsbewusstsein *irgend welche prognostische Bedeutung nicht beizumessen sei.* Die Häufigkeit des Vorkommens prozentualisch festzustellen, hält er für sehr misslich. —

Zum Schluss seiner Arbeit berührt Verf. die *Erklärungsversuche* des Krankheitsbewusstseins. Nachdem er diejenigen Gall's, Friedreich's, Holland's, Wigan's, Lotze's die auf der Annahme der Duplicität der Hirnhemisphären beruhten (von Griesinger bereits bezweifelt) zurückgewiesen, kommt er zu der Wahrscheinlichkeitsansicht, dass die Hypothese der partiellen Demenz nach Hirntraumen d. i. Bewusstsein der erlittenen Läsion und der dadurch ausfallenden intellectuellen Fähigkeiten sich auf die Erscheinung des Krankheitsbewusstseins bei den Psychosen ausdehnen lasse. Es empfinden also die gesundgebliebenen cerebralen Apparate die Erkrankung der gestörten. Allerdings wäre — wie P. an einer anderen Stelle hervorhebt — das Vorkommen eines solchen partiellen Ausfalls erst anatomisch nachzuweisen. — Langreuter (Dalldorf).

III. Vereinsberichte.

New-York neurological society.

Sitzung vom 6. Juni 1882. (The Amer. journ. of neurol. & psych. Nro. 3. 82.)

88) **Hammond** stellt 2 Schwestern vor. Die eine, 22 J. alt, fühlte zuerst vor 2 Jahren leichte Ermüdung der Zungen- und Schlundmuskeln beim Sprechen und Essen. Später zeigte sich völlige Lähmung der Uvula, Herabhängen der Lippen, Unfähigkeit zu Schlucken und zu Pfeifen, Behinderung beim Sprechen. Die Behandlung bestand in der Anwendung der statischen Electricität und des faradischen Stromes auf Uvula, Zunge, Gesichts- und Schlundmuskeln. Innerlich 3 Monate lang Strychnin. Vor 7 Monaten stellte sich Schwäche der Arme und Beine ein, so dass Pat. Gegenstände aus den Händen gleiten liess und selbst hinfiel. Die Muskeln reagirten normal auf den electrischen Strom. Andeutung einer Main-en-griffe. Besserung unter der genannten electrischen Behandlung. H. hat den Fall für Bulbärparalyse gehalten, sieht ihn aber in Rücksicht auf die übrigen Symptome für *progressive Muskelatrophie* an.

Sequin erwähnt einen ähnlichen Fall, bei welchem er den Verdacht auf Hysterie hatte und weist auf die Seltenheit der genuinen progress. Muskelatrophie in diesem Alter hin.

Die 2. vorgestellte Kranke, 20 J. alt, fühlte zuerst vor einem Jahre leichte Ermüdung und Schwäche. Gleichzeitig bemerkt man eine Bronze-Färbung der Haut. Es bestehen Schmerzen im Rücken, in der Lebergegend und in den Gelenken. Neuerdings zeigt sich eine psychische Veränderung. (Verdriesslichkeit und Reizbarkeit.)

An der Discussion betheiligen sich kurz Hammond, Sequin und Amidon.

89) **L. Corning** *über Carotiden-Compression.* Derselbe hat mit 2 besonders von ihm construirten Apparaten Anfälle von Epilepsie coupirt und hat auch nach protrahirter Compression Cessiren der sonst viel häufigeren Anfälle für verschiedene Tage und Wochen constatirt. Bei Manie hat B. mit dieser Methode in einem Falle Schlaf erzielt, bei dem vorher vergeblich grössere Dosen von Chloral und Hyoscyamin gegeben worden waren. Die Symptome bei mehr oder minder schnellen Carotiden-Compression sind: 1) Blässe des Gesichts, 2) Herabsinken der Augenlider. 3) Verminderung der Athmungsfrequenz. 4) Schwindel und häufig ausgesprochene Schlafneigung. 5) Bei sehr anämischen Personen häufig Ohnmacht.

W. A. Hammond bemerkt dazu, dass der allgemeinen Ansicht nach bei den epileptischen Anfällen Contraction der Hirngefässe und Anämie bestehe. Er könne sich aus diesem Grunde nicht erklären, wie Contraction der Carotiden einen solchen Anfall beeinflussen könne. Ein junger Arzt in Buffalo habe vor Jahren die Coupirung durch ringförmige Umschnürung des Halses, wobei also grade die Venen betroffen wurden, erzielt.

L. G. Grag hält die Behauptung, dass Epilepsie und andere functionelle Nervenaffectionen auf vasomotorischen Veränderungen beruhen, für unerwiesen. Die Experimente von Vulpian an epileptisch gemachten Meerschweinchen haben vielmehr gezeigt, dass sich dabei manchmal leichte Gehirnhyperämie, manchmal leichte Ischämie, häufiger noch gar keine vasculäre Veränderung finde.

M. J. Roberts hat Corning's Methode verschiedentlich angewendet. „Congestiver Kopfschmerz" (geröthetes Gesicht, injicirte Conjunct., Augenthränen) der über 7 Stunden mit grosser Heftigkeit bestanden hatte, verschwand nach 45 Secunden langer Compression beider Carotiden. Denselben Erfolg hat bei gleicher Gelegenheit R. an sich selbst erzielt. Als Adjuvans beim Narcotisiren, namentlich in Excitationszuständen hat sich ihm die Digitalcompression der Carotiden nützlich erwiesen.

Kron (Berlin).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Wehnen (Oldenburg), Assistenzarz.; 1. März, 1200 im ersten, 1500 im zweiten Jahre, fr. Stat. 2) Saargemünd (Lothr. Bez.-Irrenanstalt), II. Assistenzarzt sofort, 1000 M. freie Station. Französische Sprachkenntniss erforderlich. 3) Ueckermünde (pomm. Prov.-Anst.) Director. 6000 M., Dienstwohnung etc. Meldungen an den Landesdirector der Prov. Pommern, Dr. Freiherrn von der Goltz in Stettin. 4) Stephansfeld-Hoerdt (elsäss. Bez.-Irren-Anstalt), Assistenzarzt, 900 Mark, fr. Stat. 5) Valduna (österr. Landesirrenanstalt in Vorarlberg), Director; 1500 fl. ö. W., Wohnung, Holz, Garten etc. Meld. bis Ende Febr. an den Landeshauptmann Karl Graf Belrupt in Bregenz. 6) Dobrzan (öster. Landesirrenanst. Böhmen), Secundärarzt, 1. März, 500 fl. ö. W., fr. Station. Bedingung: Deutsche und szech. Sprachkennt-

niss. Meld. an Landesausschuss des Kgr. Böhmen in Prag. 7) Prag (öster. Landesirrenanst.) Secundärarzt, sofort, 400 fl. fr. Wohnung etc. 8) Leubus, II. Arzt, 3000 M., freie Familienwohnung. Meld. bis 15. März an den Landeshauptmann von Schlesien Herrn von Uthmann in Breslau. 9) Sonnenstein, Anstaltsarzt (Rang als Hilfsarzt) 1800 M. 10) Die Kreisphysicate Aurich (Aurich). Burgk (Greiz), Delitsch (Merseburg), Gnesen, Lippstadt (Arnsberg), Münsterberg (Breslau), Oberbarnim, Amtssitz Freienwalde a. O. (Potsdam), Salzwedel (Magdeburg), Wetzlar (Koblenz), Worbis (Erfurt), Würzburg (Bezirksarzt I. Classe).

Ernannt. Dr. Schulte in Warburg zum Phys. des Kreises Geilenkirchen.

Habilitirt. Dr. P. J. Möbius in Leipzig.

Todesfall. Sanitätsrath Dr. Weyert, Director der Prov.-Irrenanstalt in Owinsk (Posen).

An die Redaction.

In Hinsicht auf das Schreiben Bernhardt's in Nro. 3 des Bl. erlaube ich mir folgendes zu bemerken.

Bei Beschreibung seiner Methode der Sensibilitätsprüfung durch den galvanischen Pinsel berücksichtigt B. den Leitungswiderstand nicht, denn er schreibt eben vor, dass die Zahl der Rheostateneinheiten das Maass sei, sagt nicht, dass der Untersucher sich nach dem Galvanometer richten soll.

Bei den Erläuterungen, welche B. der Beschreibung der Methode beifügt, berücksichtigt er den L W nicht genügend. Er würde sonst auch gefunden haben, dass an Hand- und Fussfläche bei einer Stromstärke (d. h. Nadelablenkung), welche beträchtlich grösser als die an andern Hautstellen schmerzerregende ist, kein Schmerz eintritt. Gerade diese Thatsache dürfte von Interesse sein. Sie beweist, dass der L W nicht das Ausschlaggebende ist, worauf auch, wie B. bemerkt, das Verhalten der Zunge deutet. Je länger ich mit B's. Methode arbeite, um so häufiger erhalte ich ungleiche, unerwartete Resultate. Soviel ich sehe, hängt dies von dem Wechsel im Feuchtigkeitsgrade der Haut, in der Dicke der Hornschicht, in der Stromesdauer hauptsächlich ab. Eine Erklärung finde ich nur in der Annahme elektrolytischer Vorgänge. Eine chemische Reizung dürfte der brennesselähnlichen Wirkung des galvanischen Pinsels zu Grunde liegen.

Um den Schein zu vermeiden, als wollte ich B's Verdiensten zu nahe treten (nichts liegt mir ferner), bitte ich auf S. 31, Zeile 22 von oben statt „nicht" lesen zu wollen „zu wenig".

Leipzig, 4. II. 1883. In collegialer Hochachtung

P. J. Möbius.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 1. März 1883. Nro. 5.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Dr. P. J. Möbius: Zur Lehre von der Neurasthenie.
II. REFERATE. 90) Debio: Zur Casuistik der Hirntumoren. 91) Carl Hochhalt: Beitrag zur Diagnostik der Cerebellar-Tumoren. 92) A. Mäurer: Hydrencephalocele des ganzen Cerebellum. 93) Kirchhoff: Acute linksseitige Hemiathetose? ohne Herderkrankung. 94) F. Gangbofner: Ein Fall von Aphthongie. 95) Hermann Lisso: Zur Lehre von der Localisation des Gehirns in der Grosshirnrinde. 96) Senator: Ein Fall von Trigeminusaffection. Beitrag zur Kenntniss von der neuroparalytischen Ophthalmie, dem Verlauf der Geschmacksfasern der Chorda und den intermittirenden Gelenkschwellungen. 97) A. Hartmann: Partielle Resection der Nasenscheidewand bei hochgradiger Verkrümmung derselben. 98) Nussbaum-Isenschmid: Skizzen aus der chirurgischen Klinik. 99) L. Carder Grax: Nervendehnung am Facialis. 100) John A. Wieth: Nervendehnung wegen blitzartiger Schmerzen in den Beinen. 101) G. W. Hammond: Nervendehnung bei Athetose. 102) W. Erb: Handbuch der Electrotherapie. 103) M. J. Rossbach: Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden. (II. Abschnitt: Electrotherapie.) 104) Hughes Bennett: Practische Abhandlung der Electro-Diagnose bei Nervenkrankheiten. 105) Pelmann: Was soll mit den epileptischen Schulkindern geschehen? 106) Ch. Lasègue: Dipsomanie et Alcoolisme. 107) E. Morselli: Das specifische Gehirngewicht bei Geisteskranken. 108) Riva: Die künstliche Ernährung abstinirender Geisteskranken.
III. VEREINSBERICHTE. 109) Bechterew: 1) über die Kreuzung der Sehnervenfasern im Chiasma und 2) über den Verlauf der pupillenverengernden Fasern im Gehirn und die Localisation des Iriscentrums. 110) W. Bechterew: Experimentelle Untersuchungen über die Functionen der Sehhügel.
IV. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 111) Aus Berlin. V. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Zur Lehre von der Neurasthenie.

Von Dr. P. J. MÖBIUS.

In der von Eulenburg herausgegebenen Realencyclopädie der ges. Heilkunde hat Rudolf Arndt den Artikel „Neurasthenia" verfasst. Derselbe ist, wie der Name des Autors erwarten lässt, sehr geistvoll geschrieben, enthält aber nach meiner Ansicht bedenkliche Irrthümer, indem er das Hauptresultat der neueren Untersuchungen über N. in Frage stellt und sich auf den Standpunkt, welcher vor Bouchut der herrschende war, zurückbegiebt. Es erscheint darum angezeigt, gegen A.'s Behauptungen entschieden zu protestiren.

Das Wesen der N. ist, nach A., Schwäche . . . . das Nervensystem gleicht einem mehr jugendlichen, mehr kindlichen, oder auch einem bereits stärker mitgenommenen, abgenutzten einzelnen Nerven und verhält sich darum auch in Bezug auf seine Functionen wie ein solcher. Es reagirt nach dem Zuckungsgesetze des ermüdeten Nerven und verhält sich mithin ganz gleich wie in der Hypochondrie, in der Hysterie, in der Epilepsie, in den Psychosen. . . . . Die N. ist das, was man in der Neuropathologie als die neuropathische Diathese oder Disposition zu bezeichnen pflegt, und, so lange sie sich in gewissen Grenzen hält, thatsächlich auch nichts weiter. Erst wenn sie diese Grenzen überschreitet, wird sie zu einer wirklichen Krankheit oder Aeusserung einer solchen, aber dann auch gleich zu einer Krankheit von ausgesprochenem Charakter, zur Hysterie, Hypochondrie, Epilepsie oder Psychose.

Was es mit dem Zuckungsgesetz des ermüdeten etc. Nerven auf sich hat, kann hier nicht näher untersucht werden. A. hat in seinem Lehrbuch der Psychiatrie dasselbe zum Mittelpunkt der Darstellung gemacht und wird hoffentlich von berufener Seite die entsprechende Beurtheilung finden. Unter einer Disposition oder Diathese verstehen wir die Möglichkeit etwas zu werden. Der Sohn eines geisteskranken Vaters z. B., welcher sich vollständig wohl fühlt, steht unter der neuropath. Diathese, er kann später neurasthenisch, geisteskrank werden. Die N. ist aber keine Diathese, sondern ein sehr positiver krankhafter Zustand. Wenn ein Beamter sich überarbeitet hat und nun schwere neurasthenische Erscheinungen bekommt, so hat er sicher mehr als eine Disposition acquirirt. Ist schon die Bezeichnung der N. als Disposition eine Begriffsverwirrung, so wird die Sache noch schlimmer, wenn A. sagt, dass die N. aus der Disposition heraustretend, sofort zur Hysterie, Hypochondrie etc. wird. Da hätte A. doch besser gesagt, es giebt keine N. Die Bemühungen Bouchut's Beard's u. A. laufen eben darauf hinaus, zu zeigen, dass es nicht nur eine leichte Hysterie, eine leichte Hypochondrie etc. giebt, sondern dass jenen Formen ein trotz zahlreicher Uebergänge selbständiges, wohlcharakterisirtes Krankheitsbild der N. zur Seite steht.

A. fährt in seiner Bekämpfung der N. damit fort, dass er das, was nach Abzug der leichten Hysterie etc. von der N. noch übrig bleibt, zu den Vorstadien der organischen Erkrankungen des Nervensystems rechnet. Dieser Irrthum ist der allerschlimmste und würde, wenn er Glauben fände, die schädlichsten Folgen nach sich ziehen. Wenn auch selbstverständlich den sog. functionellen Neurosen feine morphologische oder chemische Veränderungen zu Grunde liegen, so werden sie doch mit gutem Recht von den sog. organischen Neuropathien abgetrennt. Die Neurosen sind sämmtlich durch Uebergangsformen eng verknüpft, jede Form kann in die andere übergehen. Ihre Aetiologie ist in der Hauptsache dieselbe, u. s. w. Ganz anders ist es mit den organischen Läsionen. Aus einer Neurasthenie wird nie und nimmer eine Tabes, so viel wir bis jetzt wissen. Wir wollen davon absehen, dass die Tabes um bei dieser zu bleiben, wahrscheinlich eine

toxische Ursache hat. Die Behauptung, dass der Tabes auch nur häufig ein neurasthenisches Stadium vorausgehe, dürfte schwer zu begründen sein. Die Regel ist, dass die Tabes robuste Individuen befällt, dass sobald überhaupt Syptome bestehen, der sachverständige Arzt auch objective Veränderungen findet. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei der progressiven Paralyse. Dass freilich jemand, der nicht die nöthigen Kenntnisse hat, beginnende Tabes etc. mit N. verwechseln kann, dass dies, besonders früher, oft geschehen ist, liegt auf der Hand. Aber je mehr unsere diagnostischen Hilfsmittel wachsen, desto deutlicher tritt der wesentliche Unterschied zwischen der functionellen Störung und der beginnenden organischen Läsion hervor. Wir dürfen hoffen, dass die jetzt noch vorkommenden Verwechselungen in Zukunft seltener und seltener werden. Wäre in der That die N. der Beginn organischer Läsion, so müsste, je schwerer die N. ist und je länger sie besteht, um so rascher und um so sicherer die Tabes, oder was im Hintergrunde lauert, zu Tage treten. Das Gegentheil ist der Fall. Je länger die N. besteht, um so sicherer können wir die organische Läsion ausschliessen, wie die Erfahrung aller Sachverständigen beweist. In der That spreche ich nur aus, was alle Autoren, welche sich eingehender mit der N. beschäftigt haben, ausser A. vertreten. Wenn A. die oben erwähnten Behauptungen mit grosser Sicherheit ausspricht, so ist er verpflichtet der Erfahrung entnommene Beweise zu erbringen. Davon aber ist in der ganzen Arbeit nichts zu finden. Seine Behauptungen sind geeignet jeden Neurasthenischen zum Melancholiker zu machen, eine Wirkung, welche ich bei neurasth. Collegen beobachtet habe; sie sind daher, bis jene Beweise erbracht sind, auch deshalb mit Entschiedenheit zurückzuweisen.

Trotzdem es für A. keine N. giebt, liefert er doch eine Symptomatologie derselben. Dieselbe enthält nichts wesentlich Neues und ist wegen der gehäuften Fremdwörter passend mit dem Lexicon in der Hand zu lesen. Wegen der Aetiologie, Pathogenese und Therapie verweist A. auf die Artikel Hysterie etc. und bringt nur einige kurze Bemerkungen bei.

Ich bedauere aufrichtig dem hochgeehrten Verfasser entgegentreten zu müssen, halte indessen einen Protest für um so nöthiger, je mehr Verbreitung die treffliche Realencyclopädie findet. Gerade ein solches Werk sollte nicht Anschauungen verbreiten, welche original sind und das verneinen, was die Mehrzahl der Autoren vertritt.

II. Referate.

---

30) **Debio** (Petersburg): Zur Casuistik der Hirntumoren. (St Petersburger med. Wochenschr. Nro. 35 und 36, 1882.)

Verf. bespricht einen in mancher Beziehung interessanten Fall von Hirntumor. Aus der Anamnese heben wir hervor: Das 6jährige Kind klagte nach den Angaben der Mutter seit 1/2 Jahre über Schmerzen

im Kopfe, Krämpfe mit Erbrechen und Bewusstseinsverlust, Vergrösserung des r. Auges, Erblindung desselben.

Enucleation im Augenhospital am 1. April 79, Diagnose Gliosarcom der Retina. Nach der Operation dauerten die Hirnsymptome fort, desshalb am 17. April Ueberführung in das Kinderhospital. Stat. praes: Rechtes Auge fehlt, Schmerzen im Narbenstumpfe nicht vorhanden, wohl aber furchtbare Kopfschmerzen, in der vorderen Partie der Schädelbasis localisirt. Pat. liegt apathisch da. Intelligenz geringer als normal. Vollständige Lähmung des l. N. facialis im Gesicht, in allen seinen Aesten. Farad. Muskelerregbarkeit dort deutlich herabgesetzt, dabei Lähmung d. l. n. abducens; ferner Hemianopsia externa d. l. Auges, Stauungspapille. Puls beschleunigt und unregelmässig 70—100 Schläge in der Minute, unrythmisch. Temperatur 37,7^0 C. So blieb Pat. 4 Tage lang. Am 21. April beim Wechseln des Verbandes am rechten Auge plötzlich epileptiformer Anfall von $^1/_4$ Stunde Dauer, welcher vom 22.—28. April immer häufiger wiederkehrte. Stets waren bei Beginn desselben krampfhafte Störungen des Athmungsmechanismus vorhanden (Exspirationstetanus mit gleichzeitigem spastischen Glottisverschluss) mit dem 29. April änderte sich das Krankheitsbild vollständig. Pat. verfiel, ohne dass stärkere Krämpfe vorausgegangen wären, in einen Zustand vollkommener Bewusstlosigkeit, der bis zum Tode nicht mehr aufhörte. Puls voll, 54 Schläge per Minute, aussetzend. Ab und zu leichte krampfhafte Znsammenziehungen der Extremitäten, tonische Muskelspannung. Diese abortiven kramphaften Erregungen waren stets von einer Verengerung der sonst ad maximum erweiterten Pupillen begleitet. Diese Erscheinungen schwanden nach wenigen Minuten, dann wieder andauerndes tiefes Coma. Ernährung mittelst der Schlundsonde. Temperatur am 29. April Morgens 37,2^0 C., Abends 36,0 und am 30. April 30,3^0 C. Die subnormalen Temperaturen halten an, bis zum 4. Mai, wo Abends 39,0, gleichzeitig hört man Rasseln in den grösseren Bronchien. T. steigt am 8. Mai auf 41,0, Zeichen der Pneumonie. Hirnsymptome unverändert. Am 9. Mai 41,7. Puls 170, Resp. 72. Tod unter langdauerndem Trachealrasseln und langsam schwindendem Pulse.

Aus dem Sectionsbefunde heben wir hervor: Gehirn umfangreich, Windungen abgeflacht. Corp. callosum nach oben vorgewölbt. Beide Seitenventrikel stark dilatirt. Die ganze Höhle des 3. Ventrikels ist von einer umfangreichen Geschwulst eingenommen, vom Boden des Ventrikels ausgehend, von der Grösse einer Wallnuss. Sie ist zu $^3/_4$ ihrer Masse zwischen den beiden Thalami optici gelegen, die vordere Peripherie berührt in geringer Ausdehnung die hinteren Enden der corpor. striat.; die vorderen Säulen der Fornix verlieren sich in der Geschwulstmasse. Nach Herausnahme des Gehirns zeigt sich an der Basis: Die Geschwulst nimmt den ganzen Boden des dritten Ventrikels ein. In ihr sind aufgegangen: Substanz. perf. post., Corp. mammilaria, Tub. ciner., vordere Hälfte des rechten Tract. opt., das Tegmentum, das ganze Chiasma, die lamina ciner. terminal. und die commissura baseos alba; ferner die ganze rechte Subst. perf. anter. und ein Theil

der linken. Die rechte Seite der vorderen Hälfte der Geschwulst greift auf den Abgang des rechten N. opticus über; Perineurium desselben vollständig degenerirt, Nervenfasern in demselben erhalten. Linker n. opticus verdickt. Microscopische Schnitte erwiesen die Geschwulst als medullares Sarcom. — Aus den sachgemässen Erörterungen die Verf. an diesen Fall knüpft, geben wir kurz folgendes: Die Geschwulst des Auges schien das Primäre und per exclusionem die Gehirngeschwulst ebenfalls ein Rundzellensarcom zu sein, durch metastatische Uebertragung zu Stande gekommen. Aus den vorhandenen Symptomen schloss Verf. auf einen Sitz am mittleren Theil der Schädelbasis. Die Geschwulst konnte das Chiasma ergriffen haben, musste sich aber nach hinten bis in die Gegend der Brücke erstrecken, um die ni. facialis und abducens zu afficiren. Im Grossen und Ganzen wurde diese Annahme durch die Section bestätigt. Die ni. facialis und abducens waren aber nicht tangirt, nur die l. Hälfte der Brücke war schwächer entwickelt. Vielleicht war es in den Arachnoidal- und Subarachnoidalräumen dieser Gegend zu starker Transsudation der Cerebrospinalflüssigkeit gekommen, die durch Druck eine Atrophie der l. Brückenhälfte und damit eine Drucklähmung der ni. facialis und abducens bewirkt hatte. Der beschleunigte Puls gegen Ende des Lebens wird weniger durch das Fieber, als durch Vaguslähmung erklärt. Wie gewöhnlich bei stetig wachsenden Hirntumoren ging auch dieser Pat. an consecutivem Hirndruck zu Grunde. Zur Aufklärung der Frage nach der physiolog. Function des Bodens des dritten Ventrikels ist dieser Fall nicht geeignet, da keinerlei Erscheinungen beobachtet wurden, die auf diese Zerstörung hätten bezogen werden können. Interessant sind die auffallend niedrigen Temperaturen, die bei ausgeprägtem Hirndruck zu Stande kamen. Goldstein (Aachen).

---

91) **Carl Hochhalt** (Budapest): Beitrag zur Diagnostik der Cerebellar-Tumoren. (Gyógyászat Nro. 1. 1883.)

Verf. theilt einen Fall mit, wo in vivo keine positive Diagnose gestellt werden konnte.

Die Krankheit des Michael Martine, 21 J. alt, begann latent mit Appetitlosigkeit, oftmaligem Erbrechen, exorbitanten Kopfschmerzen, Agrypnie. Der Stat. praesens zeigte an der Haut meningitische Flecke, Nackenstarre, lokale Hyperästhesie der oberen Halswirbelgegend, retardirten Puls, verlangsamtes seufzendes Athmen, Gähnen, Schluchzen, Nystagmus, convergirendes Schielen, *wächsernes Gesicht,* Schwerhörigkeit, automatische Bewegungen, Coma und Delirien.

Verf. hielt die Krankheit vermöge ihres Auftretens und Verlaufs für eine subacute einfache Basilar-Meningitis obschon Fieber und Hyperästhesia cutanea fehlten.

Die Obduction (Prof. Scheuthauer), erwies *Gliosarcomata duo in cortice et medulla lobi inferioris, posterioris hemisphaerii dextri cerebelli; hydrocephalus intern. chron. levioris gradus.*

Da die *cerebellare Ataxie* vollends fehlte, konnte nach dem Stande

der heutigen Localdiagnostik ein Kleinhirntumor nicht supponirt werden.

Nachdem aber nach Nothnagel das *Centrum der Coordination* in dem Mittellappen des Cerebellum, *im Wurme* sitzt, und nur Herdaffectionen daselbst locomotorische Ataxie veranlassen können, ist es ersichtlich, warum dieses Symptom mangelte. *Der Fall ist ein negatives Argument für* die Nothnagel'sche Ansicht einerseits, dann ein Beweis dafür, dass Tumoren in der Kleinhirn-Hemisphäre keine klinisch-pathognomischen Merkmale besitzen, und bloss durch Distanzwirkungen, durch intracranielle Drucksymptome und allgemeine Gehirn-Erscheinungen sich offenbaren. (? Red.)

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

92) **A. Mäurer** (Koblenz): Hydrencephalocele des ganzen Cerebellum. (Deutsche Med. Wochenschr. Nro. 51. 82.)

8 Monate alte, lebende Frucht: An Stelle des Hinterhaupts eine grosse, fluctuirende Geschwulst, mit normaler Haut bedeckt. Die Spannung derselben nimmt am 4. Tage sehr zu. Das Kind ist somnolent, schreit nicht und trinkt nicht. Nach einer Punction, die 125 Gr. blutig-seröser Flüssigkeit entleert, kann man das kleine Gehirn deutlich durchfühlen. Dasselbe liegt ganz ausserhalb der Schädelhöhle. Das os occipitale fehlte ganz. Umfang der Schädelbasis 24 cm. Die Seitenwandbeine haben sich unter das Kleinhirn geschoben und scheinen den Pons zwischen ihre Ränder zu fassen. Allgemeinbefinden des Kindes durch die Punction nicht geändert.

Kron (Berlin).

---

93) **Kirchhoff** (Schleswig): Acute linksseitige Hemiathetose? ohne Herderkrankung. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIII. 3. p. 582.)

Ein 60 jähriger Potator starb an Herzcompensationsstörungen (Dilatation mit relativer Klappeninsufficienz) und Lebercirrhose. 22 Tage vor dem Tode stellten sich *plötzlich* Bewegungsstörungen der *linken* Körperhälfte ein: Zuckungen in Arm und Bein mit dem Character der Flexion u. Pronation, Zuckungen der Hals und Gesichtsmuskulatur, Augendrehungen und Zähneknirschen. Dieselben dauerten auch in der Chloroformnarkose fort.

Parese war nur vorübergehend im l. Ulnarisgebiet vorhanden. Keine Sensibilitätsstörungen. Muskelgefühl und Reflex eintact. Diagnose: Hemiathetose.

Die Section ergab *keinerlei Herderscheinungen.* Nur „war das r. Hinterhorn weiter als normal“, die Gehirnsubstanz ödematös und wie alle hellen Gewebe des Körpers icterisch.

Langreuter (Dalldorf).

---

94) **F. Ganghofner** (Prag): Ein Fall von Aphthongie. (Prag. med. Wochenschr. 1882 Nro. 41.)

Zu den 3 von Kussmaul, in seinen „Störungen der Sprache“ pag. 238 citirten Fällen dieser seltenen Affection tritt hier ein 4. hinzu,

der freilich sich in sofern von ihnen unterscheidet, als es sich um einen chronischen Zustand handelte, während jene Fälle transitorischer Natur waren. Adolf R., ein neunzehnjähriger Schneidergehülfe, gab an, dass plötzlich während der Rede sich ein Krampf der Zunge und des Gesichts einstelle, häufiger im Gespräche mit Fremden. Ueber die Entstehung seines seit der Kindheit datirenden Leidens weiss er nichts anzugeben; vor 3 Jahren litt er längere Zeit an Athembeschwerden. Seine Mutter leidet an Schwerhörigkeit, ein älterer Bruder an demselben Sprachfehler, eine Schwester an Krämpfen. Sobald Pat. zu sprechen anfing, wurde die Zunge sofort krampfhaft gegen den harten Gaumen oder zwischen die Zahnreihen gedrängt, gleichzeitig traten clonische und tonische Krämpfe im linksseitigen, unteren Facialisgebiete mit Verziehung des betreffenden Mundwinkels ein, so dass Pat. verstummte und nach mehreren Secunden erst in der Rede fortfuhr. Beim Hersagen des Alphabets traten ebenfalls die Krämpfe im Facialis und Hypoglossus auf, meistens bei den Consonanten, fast nie bei den Vocalen. Beim Hersagen eines auswendig gelernten Gedichtes oder Singen eines Liedes nie Krämpfe. Zucken der rechten unteren Extremität, selten der linken, trat bei sehr heftigen Gesichtsmuskelkrämpfen auf. Beim raschen Nachsprechen (Ausschaltung der Intelligenz) von Buchstaben oder Worten blieben die Krämpfe aus. Letzteres zeigt eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Stotterübel, während ein grosser Unterschied von diesem darin bestand, dass es nie zur Wiederholung eines und desselben Lautgebildes kam. Verf. fasst den Fall als coordinatorische Neurose im Gebiete der Sprachmuskulatur auf und bezeichnet ihn als Apthongie wegen der in den Vordergrund tretenden Zungenkrämpfe. Ein genaues charakteristisches Krankheitsbild der als Apthongie bezeichneten Fälle und ihre wesentliche Unterscheidung vom Stotterübel fehlt bis jetzt und ist nur durch das Studium frisch entstandener Fälle zu erlangen. Das von Schrank wegen des Angstgefühls bei Stotternden empfohlene Bromkalium liess hier keine Veränderungen erkennen. Goldstein (Aachen).

---

95) **Hermann Lisso** (Berlin): Zur Lehre von der Localisation des Gefühls in der Grosshirnrinde.. (Berl. Inauguraldissertation 1882.)

Eine Zusammstellung von 88 Fällen aus der Literatur zur Stütze der Munk'schen Hypothese von der Fühlsphäre des Menschen.

Goldstein (Aachen).

---

96) **Senator** (Berlin): Ein Fall von Trigeminusaffection. Beitrag zur Kenntniss von der neuroparalytischen Ophthalmie, dem Verlauf der Geschmacksfasern der Chorda und den intermittirenden Gelenkschwellungen. (Arch f. Psych. und Nervenkr. XIII. 3. p. 590.)

Gelegentlich der Mittheilung eines Falles von Trigeminusaffection mit Ophthalmie, Geschmackstörung u. intermittirenden Gelenkschwellungen, bei welchem der seiner Natur nach zweifelhafte, durch Jodkalium und Derivantien zum Schwinden gebrachte Krankheitsherd zuverlässig sich im Stamme des Nerven vor seiner Theilung oder im Gang-

lion Gasseri befand, tritt Verf. den in der Ueberschrift genannten 3 Fragen näher.

ad. 1. Weder die Vertrocknung noch die Einwirkung mechanischer Schädlichkeiten kann als Ursache der neuroparalytischen Ophthalmie beim Menschen angesehen werden; (im Falle Senators war der Lidschlag vorhanden, bei andern Beobachtungen ist das Bestehen der Thränensecretion ausdrücklich erwähnt). Vielmehr muss man einen besonderen, die Ernährungsverhältnisse schädigenden Einfluss annehmen.

ad 2. Die Geschmacksfasern in der Chorda tympani stammen aus dem Trigeminus. In dem besprochenen Falle handelte es sich unzweifelhaft um eine ausschliessliche Affection des Trigeminus bei welcher der Geschmack auf der linken Zungenhälfte aufgehoben war.

ad 3. Die intermittirenden Gelenkschmerzen sind noch ein dunkles Gebiet, wahrscheinlich können als Ursache vasomotorische und trophische Störungen angenommen werden. S. hält es für unmöglich aus seinem Falle Schlüsse herzuleiten.

Langreuter (Dalldorf).

---

97) **A. Hartmann** (Berlin): Partielle Resection der Nasenscheidewand bei hochgradiger Verkrümmung derselben. (D. med. Wochenschr. 51. 82.)

Unter den dort mitgetheilten Fällen befindet sich folgender: Ein 14j. Knabe litt seit 4 Jahren an Krampfanfällen, die 2—3 mal wöchentlich auftraten. Zufällig wurde einmal eine Nasenaffection entdeckt und mit Alaunlösung behandelt, worauf nur noch ein Anfall eintrat. Später begannen die Krämpfe wieder, cessirten aber nach Anwendung der Nasendouche. H. fand Respirationsstörung, hauptsächlich im Schlafe, geringe Schleimhautanschwellung, starkes Vorspringen des untern Theils des Septum nach links. Die Anfälle blieben nach der obengenannten Operation aus und sind 3 Jahre später noch nicht wiedergekehrt.

Kron (Berlin).

---

98) **Nussbaum - Isenschmid** (München): Skizzen aus der chirurgischen Klinik. (2. Heft. München bei Finsterlin. 1882.)

Aus den die practischen Aerzte gewiss interessirenden Notizen der Münchener chirurg. Klinik heben wir die Neurotherapie betreffend, hervor:

1) Affectionen des l. N. ischiadicus. Unterschied zwischen Coxitis und Ischias durch kräftiges Drücken des Femur gegen die Gelenksphäre, wobei kein Schmerz entsteht. Die Nervendehnung muss sehr energisch gemacht werden, man riskirt *nie*, den Nerven abzureissen. Die Dehnung war von brillantem Erfolge. Pat. konnte sogleich ohne Krämpfe und Schmerzen im Bette liegen bleiben, was seit 2 Jahren nicht mehr möglich gewesen.

2) Neuralgie des Subraorbitalis. Nussbaum gibt bei solchen Fällen jetzt der Dehnung vor der Resection den Vorzug. Operation nach Schuh. Centripetale Gesichtsschmerzen, d. h. solche, wobei die Schmerzanfälle nur auf Betastung der peripheren Nervenendigungen

erscheinen, werden durch Dehnung oder Resection mit Sicherheit geheilt, die centrifugalen aber nicht immer. Bei letzteren muss die Carotisunterbindung (nach Liston) mit der Resection verbunden werden.

3) Tabes. Subcutane Dehnung des Ischiadicus. N. hat die unblutige Dehnung bereits 2 Mal mit glücklichem Erfolge gemacht.

4) Tic douloureux der r. Gesichtshälfte. Die Nervendehnung ersetzt die Resection in vielen Fällen.

5) Neuralgie des Trigeminus. 3 Recidive, Resection. Nach Nervendehnung hat N. noch keine Recidive gehabt; jedoch ist die Zeit noch zu kurz, um ein endgiltiges Urtheil abzugeben. Dieselbe war hier wegen des von den früheren Operationen gebildeten Nervengewebes nicht möglich. Goldstein (Aachen).

---

99) **L. Carter Gray:** Two cases of stretching of facial nerve. (Nervendehnung am Facialis.) (The american Journal of Neurology and Psychiatry Vol. I. S. 514.)

1) Schwerer seit 16 Jahren bestehender Tic douloureux, dessen Anfälle immer durch Muskelzukungen längs des Unterkiefers eingeleitet wurden. Verf. versuchte daher, ob die Dehnung des mot. Gesichtsnerven einen Einfluss auf die Schmerzanfälle habe, erzielte aber nicht nur eine Besserung sondern Verschlimmerung der Schmerzen und Gesichtslähmung (mit Entartungsreaction).

2) Seit 10 Jahren bestehende choreiforme Bewegungen in beiden Händen und Gesichtshälften. Die Dehnung eines Facialis hatte Lähmung mit den elektrischen Zeichen der Entartungsreaction zur Folge; eine Zeitlang blieben auch auf beiden Gesichtshälften die Krämpfe weg, aber nach etwa 5 Wochen waren sie wieder da.

Im Anhang Bemerkungen zur Technik der Operation.

Edinger (Giesen).

---

100) **John A. Wieth:** Three cases of new streching for the relief of persistous fulgurating peins in the lowe extremities. (Nervendehnung wegen blitzartiger Schmerzen in den Beinen.) (The american Journal of Neurology and Psychiatry B. 1. S. 465.)

N. W., 53 Jahre alt, leidet seit 7 Jahren an Tabes. In den letzten zwei Jahren waren die neuralgischen Beschwerden in den Beinen besonders heftig. Am 17. September wurden beide Ischiadici in der Mitte des Oberschenkels stark gedehnt. Am zweiten Tage nach der Operation waren die Schmerzen vollkommen verschwunden und Pat. blieb auch später „verhältnissmässig schmerzfrei“ bis im Juli des nächsten Jahres die alten Schmerzen wieder heftig auftraten, dass Pat. von neuem die Operation verlangte. Eine namentliche Besserung der Ataxie war nicht nachgewiesen. Der Fall ist namentlich hinsichtlich des Krankheitsbefundes recht unvollständig mitgetheilt.

L., 42 Jahre alt, leidet seit 4 Monaten an zunehmend starker Ischias, deren Aetiologie nicht zu eruiren ist. Da alle bislang angeangewandten therapeutischen Versuche fehlschlugen, wird am 15. Mai

1882 zwischen Tuber und Trochanter der Ischiadicus blosgelegt und gedehnt. Heilung per primam. Die anfänglich beobachtete, wesentliche Besserung der Beschwerden hatte sieben Wochen nach der Operation wieder dem alten traurigen Zustande Platz gemacht.

Verf. glaubt sich durch die in diesen beiden schlecht beobachteten Fällen erlangte Erfahrung zu folgenden Conclusionen berechtigt: 1) Die einfache, verhältnissmässig gefahrlose Operation bringt zeitweise solche Erleichterung, dass auch für diesen temporären Nutzen ihre Anwendung und Wiederholung gerechtfertigt erscheimt. 2) Die Muskelataxie an sich berechtigt nicht zur Operation, da sie nur wenig, wenn überhaupt, dadurch gebessert wird. Edinger (Giesen).

---

101) **G. W. Hammond:** A case of Athetosis cured by nerve stretching. (Nervendehung bei Athetose). (Th american journal of Neurology und Psychiatry B. I. S. 517.)

Die Operation betrifft den „Originalfall" von *Athetose*, den Hammond (W. A.) 1869 beschrieb und in sein Lehrbuch aufgenommen hat. DieAffection nimmt den rechten Oberarm und die Zehen der rechten Seite ein und hat ohne Besserung seit der ersten Beschreibung persistirt. Am 27. Mai 1882 wurde zunächst der rechte *Nervus medianus* in der Mitte des Oberarms blosgelegt und mässig gedehnt. *Sofort* nach der Operation cessirten die Schmerzen im Arm, welche lange und heftig bestanden hatten vollkommen, Pat. war nun auch einmal in Stande seine Hand beliebig lang ruhig auszustrecken und seinen Fingern alle verlangten Lagen zu geben, ohne dass Zwangsbewegungen eintraten. Die Schmerzen im Ring- und Mittelfinger hatten zugenommen. Merkwürdiger Weise schwanden gleichzeitig auch Bewegung und Schmerz in den Zehen. Pat. besserte sich noch weiter und jeder Tag hat ihm neue Kraft und Fähigkeiten in einem Gliede erworben, das bis dahin 20 Jahre lang mehr als nutzlos gewesen war. Er lernte wieder schreiben und sich selbst anzuziehen.

Die epileptische Anfälle, an denen Pat. vor der Operation etwa 6 mal wöchentlich gelitten hatte, sind nur noch einmal wiedergekommen. (Die Publication datirte 4 Wochen nach der Operation.)

Edinger (Giessen).

---

102) **W. Erb:** Handbuch der Electrotherapie. (Ziemssen's Handbuch der allgemeinen Therapie, III. Band.) (693 S. Lex.-Oct. Pr. 14 M. Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig.)

Es kann wohl kaum einem Zweifel unterliegen, dass Erb mehr als irgend ein anderer lebender Forscher zur Bearbeitung eines neuen Handbuches der Electrotherapie berufen war; verdanken wir ihm doch sowohl auf dem Gebiete der Electrophysiologie, als auch auf dem der Electrodiagnostik und Electrotherapie eine Reihe der gediegensten Arbeiten, so dass in der That so ziemlich alle bedeutendere Fortschritte, welcher dieser junge Zweig der medicinischen Wissenschaft in neuester Zeit zu verzeichnen hat, mit dem Namen Erb auf das Innigste ver-

wachsen sind. Das vorliegende Werk hat denn auch die hohen Erwartungen, zu welchen man von vornherein berechtigt war, auf das Glänzendste erfüllt; der reichhaltige Stoff ist in gründlichster Weise erschöpft, indem eine ganz ausserordentliche Beherrschung der Literatur und die ausgedehnteste praktische Erfahrung sich mit einer ungewöhnlichen Darstellungsgabe zu einem vollendeten Ganzen verbinden. Unter solchen Umständen wäre es eigentlich auch genügend, das Erscheinen dieses Buches einfach *anzuzeigen*, indessen möchte wenigstens eine kurze Inhaltsangabe hier am Platze sein, um auch denjenigen Collegen, welche nicht gerade spezielle Fachgenossen sind, einen Begriff davon zu geben, wie der verdienstvolle Autor seine Aufgabe aufgefasst hat.

Das Werk ist in 37 Vorlesungen eingetheilt. Nach einem Ueberblick auf die *historische Entwickelung* der Electrotherapie, worin Verf. mit Recht die *deutschen* Leistungen besonders hervorhebt, ohne jedoch die Verdienste ausländischer Forscher irgendwie zu verkennen, folgt eine ausserordentlich klare Darstellung der *Electrophysik*. Bei der Besprechung der Electricitätsquellen findet die statische E. ungeachtet der neueren Empfehlung aus Paris keine eingehendere Würdigung, doch möchte Ref. glauben, dass der Verf. in der nächsten Auflage dieser Art der Electricität eine grössere Beachtung zu schenken wohl kaum umhin können wird. Der Abschnitt über die Apparate ist sehr kurz gefasst, manchem Praktiker vielleicht zu kurz, indessen sind die bezüglichen Bemerkungen zur Orientirung vollkommen ausreichend und jedenfalls angenehmer, als die ungeheuere Breite, mit welcher namentlich französische und englische Autoren sich auf diesem Gebiete zu ergehen pflegen.

Sehr beachtenswerth sind die Ausführungen des Verf. über die Wichtigkeit der Electrodengrösse, ausserordentlich lichtvoll die Darstellung der Leitungsverhältnisse im menschlichen Körper, welche durch höchst instructive Abbildungen näher erläutert werden. Die Hoffnung des Verf., dass es bald gelingen möge, ein Einheitsgalvanometer herzustellen, hat sich mittlerweile durch die Construction des Böttcher'schen (Stöhrer'schen) und Edelmann'schen Galvanometers wohl in der Hauptsache erfüllt.

In der *physiologischen Einleitung* wird die praktische Berechtigung der polaren Methode Brenner's, ungeachtet manchem theoretischen Bedenken, in überzeugender Weise begründet. Die vielbesprochene und oft bespöttelte Katalepsie R. Remak's findet hier eine ebenso nüchterne als sachgemässe Behandlung; es ist in solchen Dingen viel leichter, kurzer Hand abzuurtheilen, als dem Gedankengange eines genialen Kopfes nachzugehen, oder gar, etwas besseres an dessen Stelle zu setzen!

Die 8.—12. Vorlesung umfasst die *Electrodiagnostik* und die el. *Untersuchungsmethoden*. Hier bewegt sich Erb auf seinem eigensten Gebiete; er betont auch an dieser Stelle die absolute Nothwendigkeit der streng polaren Methode, die Wichtigkeit einer genügenden Beachtung des Leitungswiderstandes und führt des Näheren ein bisher noch

nicht genauer beschriebenes Verfahren für die Prüfung der quantitativen Erregbarkeitsveränderungen aus, welches auf einem von E. empirisch gefundenen, ziemlich constanten *relativen* Verhältniss an 4 grossen, leicht zugänglichen Nervenstämmen (Frontalis, Accessorius, Ulnaris, Peroneus) beruht und bei Beobachtung der nöthigen Cauteln höchst praktisch erscheint. Für die Prüfung der faradocutanen Sensibilität findet sich eine sehr zweckmässige Electrode angegeben, welche nach Angabe des Verf. von Stöhrer construirt worden ist.

Mit dem Abschnitt über *allgemeine Electrotherapie*, welcher die im Wesentlichen aus früheren Arbeiten Erb's schon bekannten Grundsätze des Autors in zusammenfassender Weise enthält, schliesst der allgemeine Theil des Werkes. Dieser Abschnitt ist mit einigen sehr gelungenen Abbildungen zur Darstellung der motorischen Punkte ausgestattet, welche nach den immer wiederkehrenden, nachgerade sehr abgeblassten Abklatschen der Duchenne-Ziemssen'schen Figuren eine höchst wohlthuende Abwechslung bieten. Die Schlussworte des ersten Theiles bezüglich der Gefährlichkeit einer unzweckmässigen Anwendung der Electricität durch nicht genügend vorgebildete Aerzte, oder gar Laien dürfte wohl ihren guten Grund in einschlägigen Erfahrungen haben, welche der Verf. als gesuchter Conciliararzt gerade in dieser Richtung zu sammeln gewiss die beste Gelegenheit hat.

Der *zweite Theil* umfasst als *spezielle Electrotherapie* die Darstellung der Methoden, welche bei den einzelnen Krankheitsformen, die überhaupt eine Indication für die Electrotherapie bieten, in Anwendung kommen. Vieles davon ist aus den beiden grösseren Werken des Verf.: den Krankheiten des Rückenmarks und der peripheren Nerven, schon bekannt und Gemeingut der Aerzte geworden; jedoch finden wir hier alles ausführlicher und eingehender dargelegt, ausserdem wird die systematische Darstellung durch zahlreiche, meist auf eigener Beobachtung begründete Krankengeschichten, die sich durch Prägnanz und Schärfe auszeichnen, in höchst instructiver und anregender Weise belebt. Ausser den Krankheiten des Nervensystems (Kranhkeiten des Gehirns, einschliesslich der Psychosen, des Rückenmarks, des Halssympathicus, der vasomotorischen, trophischen und verwandten Neurosen, der centralen und sonstigen functionellen Neurosen, der peripheren Nerven), dann selbstverständlich der grösste Theil der speziellen Electrotherapie gewidmet ist, finden sich noch besondere Abschnitte über Lähmung und Atrophie; Schmerz, Neuralgie und neuralgiforme Affectionen; Krampf und Contractur, Anästhesie. Hieran schliessen sich die Krankheiten der Sinnesorgane, die der Bewegungsorgane, an diese Brust- und Verdauungsorgane, endlich ein Abschnitt über Affectionen der Harn- und Geschlechtswerkzeuge. Den Schluss des Ganzen bilden einige Bemerkungen über Contraindicationen für die Anwendung der Electrotherapie.

Das vorliegende Handbuch wird zweifellos für längere Zeit die erste Stelle in der electrotherapeutischen Literatur behaupten; es gehört zu denjenigen Erzeugnissen des deutschen Geistes, welche einen gelehrten Amerikaner auf dem internationalen Congress zu London zu

dem Anspruch veranlasste, dass „Deutschland heutzutage in der wissenschaftlichen Medicin die leitende Stellung einnimmt.“ Sehr zu wünschen wäre, dass auch die ausländischen Collegen sich mit diesem Werke in recht eingehender Weise beschäftigten, es werden dann sicher die immer noch herrschenden Vorurtheile gegen die Electrotherapie mehr und mehr zum Schwinden kommen.

Pierson (Dresden).

---

103) **M. J. Rossbach:** Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden. (II. Abschnitt: Electrotherapie.) (Berlin, Hirschwald. Pr. 13 M.)

Der Verf. hat sich in diesem Werke die Aufgabe gestellt, die physikalischen Heilmittel und Heilmethoden, wozu er die Atmiatrie, die Pneumato-, Klimato-, Hydrotherapie, die Electrotherapie, Gymnastik und Massage rechnet, von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus für Aerzte und Studirende in knapper Form abzuhandeln und so dem Arzte die Wahl des anzuwendenden Heilverfahrens für die einzelnen Krankheiten möglichst zu erleichtern. Von den 500 Seiten des ganzen Buches sind 284 der Electrotherapie gewidmet. Dieser Raum würde bei zweckmässiger Eintheilung des Stoffes auch vollkommen ausreichen, um dem Praktiker oder Studirenden die nothwendigsten Kenntnisse über die Verwendung der Electricität beizubringen. Ob das aber dem Verf. bei seiner Gliederung der Materie gelungen ist, möchte Ref. doch stark bezweifeln. Die Eintheilung ist nämlich folgende: Genau 100 Seiten kommen auf die Besprechung der Electricitätsquellen und der Apparate, wobei übrigens auch die galvanokaustischen Apparate ausführlich berücksichtigt sind. Der nächste Abschnitt: Electrophysiologie nimmt weitere 100 Seiten in Anspruch; hiervon kommt eine ganze Seite und zwei Zeilen auf die Erörterung der Entartungsreaction! Für die eigentliche Electrotherapie hat der Verf. nunmehr noch c. 70 Seiten zur Verfügung; aber davon braucht er nahezu ein Drittel für Electrolyse und Galvanokaustik (da bei letzterer die Electricität lediglich als Wärmequelle dient, gehört sie eigentlich gar nicht hierher), er handelt also die gesammte spezielle Electrotherapie auf knapp 40 Seiten ab! Während der Leser also z. B. in dem ersten Abschnitt über die Volta'sche und Zamboni'sche Säule, die Pulvermacher'sche Kette, die alten Trogapparate, die ganz obsoleten Rotationsmaschinen, sogar unter Zuhilfenahme von Abbildungen, ausfürlich belehrt wird, soll er sich durch einen 1½ Seiten umfassenden Abschnitt über die Behandlungsmethoden der gesammten Krankheiten des Rückenmarks orientiren. Um aber auch eine Vorstellung von der Art und Weise zu geben, *wie* Verf. einen solchen Abschnitt behandelt, sei das eben erwähnte, über die Rückenmarkskrankheiten hier näher geschildert. Zunächst wird auseinandergesetzt, dass man überhaupt weder von der Wirkung der Stromrichtung, noch über die der Pole irgend etwas Gewisses wisse; dann heisst es weiter: „es empfiehlt sich demnach am meisten directe galvanische Behandlung mit erst noch genauer zu erforschenden Stromrichtung und Polwahl.“ Als diejenigen Rückenmarks-Krankheiten, bei welchen die galvanische

Behandlung empfohlen und angewendet ist, nennt Verf.: Tabes, chronische myelitische und meningitische Processe, spinale Kinderlähmung, Rückenmarkswunden und deren Folgen, spastische Spinalparalyse, *Chorea* und *Paralysis agitans*. „Meine Erfahrungen erstrecken sich auf Tabes und chron. Myelitis, wo ich sie mit glänzendem Erfolge, sowie auf Chorea, spastische Spinalparalyse und Paralys. agit., wo ich sie Jahre lang (! Ref.) consequent bei denselben Fällen ohne jeden Nutzen angewendet habe.“ Zum Trost für dieses höchst traurige Resultat fügt Verf. dann hinzu: „Bei Chorea habe ich dagegen vom Arsenik schnellste Heilung, bei der spast. Spinalparalyse von Gold und Morphin bedeutende Erleichterung der quälenden Symptome, aber keine Heilung gesehen.“ Es folgen dann noch einige Zeilen über die grosse Ausdauer, die bei einigen dieser „besser- und heilbaren“ (sic!) Krankheiten nöthig sei, sowie die Versicherung, dass bei „sehr alten und eingewurzelten obigen Leiden“ kein Mittel der Welt, auch die Electricität nicht, die hochgradigen Zerstörungen und Degenerationsprozesse im R.-M. zu repariren vermöge. — Mit diesen Kenntnissen ausgerüstet, kann allerdings der junge Arzt die kranke Menschheit getrost in die Schranken fordern!

In ganz anologer Weise werden die Krankheiten des Gehirns, Trophoneurosen, vasomotorische Neurose (zu letzterer gehört nach Rossbach auch die progressive Muskelatrophie und die Pseudohypertrophie der Muskeln!) abgehandelt. In dem Abschnitt über „Lähmungen“ bemerkt Verf., dass die el. Erregbarkeit bei den von chronischen Krankheiten der *grauen Substanz des Gehirns* und Rückenmarks abhängigen Lähmungen gröbere Veränderungen quantitativer und qualitativer Natur erleide, dagegen bleibe sie bei den meisten durch schwere Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten bedingten Paralysen, „sowie bei den unbedeutenden peripheren, auf Diphtheritis, Rheuma oder Wunden beruhenden Lähmungen“ ziemlich normal. Einige Zeilen weiter heisst es dann: „bei den meisten Lähmungen zeigt sich nur eine Herabsetzung dieser (scil. electr.) Erregbarkeit. Die Entartungsreaction bei traumatischen, rheumatischen u. s. w. Nervenlähmungen, welche stets auf schwere degenerative Vorgänge namentlich im Rückenmark, doch auch in den peripheren motorischen Nerven hindeutet, ist bereits im physiol. Theile genauer behandelt.“ Verf. meint hiermit die bereits erwähnte Seite 317, woselbst sich nichts findet, als eine ganz kurze Zusammenstellung der von Erb nach Durchschneidung und Quetschung von motor. Nerven gefundenen Thatsachen. — Dies ist dann auch Alles, was der Leser über die Entartungsreaction, sowie überhaupt von Electrodiagnostik erfährt!

Uebrigens finden sich auch in den ausführlicher behandelten Abschnitten über Electrophysik und Elektrophysiologie sehr anfechtbare Behauptungen und merkwürdige Widersprüche; z. B. fehlt gänzlich eine Anleitung zum Gebrauch und über den Nutzen des Galvanometers; bei der Besprechung des Stromwählers (Elementenzählers) p. 213 wird ausdrücklich erwähnt, wie bei der Spamer'schen Batterie die Einschaltung der Elemente geschieht; dagegen wird p. 221 hervorgehoben,

dass dieser Apparat einen Elementenzähler entbehre. Auf p. 392 behauptet Verf., dass der faradische Strom nur in wenigen Fällen indicirt und selbst in diesen durch den galvanischen Strom zu ersetzen sei, und dgl. mehr.

Ref. würde eine so eingehende Besprechung dieser oberflächlichen Arbeit nicht für nöthig gehalten haben, wenn Herr Professor Rossbach nicht fortwährend die Nothwendigkeit der strengsten, nüchternsten Kritik, des Entgegentretens gegen die sanguinischen Illusionen der praktischen Aerzte und der „leichtsinnigen Schaar der Electrotherapeuten“ betonte und dadurch selbst die Kritik kerausfordert; und wenn nicht der Name des durch seine Leistungen auf anderen Gebieten bekannten Autors sehr leicht den Glauben erwecken müsste, dass diese „Electrotherapie“ eine hervorragende Arbeit sei. Dieser Glaube musste als ein durchaus *irrthümlicher* gekennzeichnet werden. Wer so streng zu Gericht sitzt, wie der Verfasser, muss sich hüten, so viele Blössen zu zeigen. Pierson (Dresden).

---

104) **Hughes Bennett:** A Practical Treatise on Electro - Diagnosis in Diseases of the Nervous System. (Practische Abhandlung der Electro-Diagnose bei Nervenkrankheiten.) (London 1882. pp. 172. 8½ M.)

Erb hat in seinem unlängst erschienenen Handbuche der Electrotherapie mit Recht hervorgehoben, dass englische Aerzte ausserordentlich wenig zur Entwicklung der Electrotherapie und der damit zusammenhängenden Disciplinen beigetragen haben. Ueberhaupt besteht in England, dem conservativen Lande *κατ᾽ ἐξοχην*, noch das grösste Misstrauen gegen die Electricität, besonders unter den Spitzen des ärztlichen Standes, welche sich nie selbst weder theoretisch noch praktisch mit Electricität beschäftigt haben, und daher geneigt sind die ärztliche Anwendung derselben für Schwindel zu halten. Theilweise rührt dies wohl jendenfalls davon her, dass seit Jahrzehnten das Publikum sich, wenn es Electricität haben will, von den sog. medical galvaniks behandeln lässt, Charlatans der schlimmsten Sorte, welche von Pathologie natürlich keine Ahnung haben und denen es meistentheils nur daran liegt, nachdem sie ihre Patienten eine Zeitlang gerupft haben, denselben theure und schlechte von ihnen patentirte Apparate zu verkaufen. Der unglückliche Patient behandelt sich dann selbst ein paar Wochen (in welcher Art, kann man sich ungefähr denken, obwohl die Phantasie dabei schaudert), wird natürlich nicht besser, wirft dann den Apparat fort, und ist nun bis an sein seliges Ende überzeugt, dass Electricität Schwindel ist. Einem solchen Stande der Dinge kann der Natur der Sache nach nur dadurch abgeholfen werden, dass die Aerzte selbst anfangen sich mehr wissenschaftlich mit der Electricität zu beschäftigen, und wir begrüssen daher das vorliegende Werkchen eines sehr talentvollen jüngeren Londoner Arztes „as a step in the right direction.“

Dr. Hughes Bennett ist der Sohn des wohlbekannten gleichnamigen Edingburgher Professors, der mit Virchow zusammen die

Leukämie (oder die von ihm sogenannte Leukocythämie) entdeckte, und vor mehreren Jahren verstorben ist. Derselbe hat sich seit einiger Zeit mit Vorliebe mit diesem Gegenstande beschäftigt, und obwohl das vorliegende Resultat seiner Studien keine neuen Entdeckungen enthält, so kann man doch den Inhalt des Buches wenigstens insoweit originell nennen, als alle die darin erwähnte Thatsachen persönlich von dem Verfasser verificirt, und die darin beschriebenen Krankheitsfälle von ihm selbst beobachtet und aufgezeichnet sind. Ebenso sind die motorischen Punkte noch einmal experimentell festgestellt und auf neuen Tafeln abgebildet. Ein weiterer Vorzug des Buches besteht in der vortrefflichen Darstellung, die kurz, prägnant und dabei doch fliessend ist, so dass dasselbe eine angenehme und interessante Lektüre bildet.

Der Verf. beginnt mit einer Beschreibung der für die Elektro-Diagnose nöthigen Apparate, und bildet eine neue von ihm angegebene Elektrode ab, welche nach dem Princip der Gaiffe'schen Unterbrechungselektrode gearbeitet ist, aber ausser der Anordnung zur Unterbrechung auch noch einen Rheostaten und Commutator enthält, so dass der Strom nach Belieben unterbrochen, gewandt und regulirt werden kann. Dies ganze Kapitel ist auf 12 Seiten abgehandelt. Es folgt dann eine Beschreibung der motorischen Punkte, sowie der gebräuchlichen Methoden zur Anwendung der Electricität, und der elektrischen Reactionen der gesunden Theile, woran sich naturgemäss die Veränderungen in Krankheiten anreihen. Hier wird die Entartungsreaction kurz und bündig besprochen; und geht der Verf. dann zu den speziellen Krankheitsformen über, bei welchen wir an der Electricität ein sehr wichtiges diagnostisches Hülfsmittel haben, also hauptsächlich Gehirn-, Rückenmarks- und peripherische Nervenkrankheiten. Wir finden hier kurze Krankengeschichten, worin die elektrischen Reactionen vielleicht hin und wieder etwas zu kurz angegeben sind. Ein Schüler von Erb würde vier Seiten geben wo Dr. Bennett vier Zeilen gibt. Das Buch schliesst mit einer Reihe von Thesen von denen wir einige wiedergeben.

1. Wenn bei Paralysen die leidenden Nerven und Muskeln normal auf den electrischen Reiz reagiren, so zeigt dies, dass ihre anatomische Structur gesund ist.

2. Quantitative Steigerung der Reaction auf beide Ströme am Nerven applicirt, deutet auf gesteigerte Reizbarkeit seiner Substanz. Dies kann (a) von einer irritirenden Läsion und (b) vom Ausfall der Hemmung von Seiten des Gehirns herrühren.

5. Gesteigerte Reaction mit dem constanten Strome am Muskel findet sich (a) wenn der Nervenstamm nicht erkrankt ist, und deutet dann auf übergrosse Reizbarkeit der intra-muskulären Zweige, und (b) wenn der Nerv entartet ist, was auf beginnende Ernährungsstörung des Muskels deutet, als Resultat des Ausfalls des nervösen Einflusses.

6. Reflex-Zuckungen der Muskeln in verschiedenen Theilen desselben Gliedes, oder in andern Körpertheilen, welche nach der Elec-

trisirung eines bestimmten Nerven auftreten, deuten auf extreme Steigerung der Reizbarkeit in der grauen Substanz des Rückenmarks.

13. Bei Lähmung durch Gehirnkrankheiten kann es leichte quantitative Veränderungen geben, aber nie kommt es zu qualitativen. Leichte Steigerung der Reaction ist einer irritirenden Läsion, oder dem Ausfall des Hemmungseinflusses zuzuschreiben; geringe Verminderung rührt von Mangel an Gebrauch der Muskeln, oder secundärer Entartung der Nerven her.

15. Der Unterschied zwischen cerebraler Lähmung und Paralyse, welche von Krankheiten der weissen Rückenmarksstränge herrührt, kann auf electrischem Wege nicht aufgefunden werden, da beide sich in dieser Beziehung normal verhalten.

17. Die electrischen Reactionen bei Lähmung durch Erkrankung der grauen Substanz des Rückenmarks lässt sich von peripherischer Lähmung durch die verschiedene Vertheilung derselben unterscheiden, obwohl sie der Art nach dieselben sind.

18. Bei Lähmung durch Entartung der Vorderhörner können die abnormen electrischen Reactionen auf dreifache Weise vertheilt sein (a) sie können das ganze Glied befallen, was massenhafte Krankheit des Centralorgans anzeigt; (b) sie können auf gewisse Muskelgruppen, welche physiologisch zusammenwirken, beschränkt sein, unabhängig von den sich darin verbreitenden Nerven, und dann chronische Entartung der multipolaren Ganglienzellen bedeuten; endlich (c) können sie die Muskeln in unregelmässiger Weise befallen, was gewöhnlich mit acuter Entzündung verbunden ist.

20. Bei Krankheit der Vorderhörner können die electrischen Reactionen drei Formen zeigen; (a) nur der Nerv ist entartet; (b) nur der Muskel ist entartet; und (c) Nerv und Muskel sind verändert. Jede dieser Formen zeigt verschiedene klinische Symptome, und stellt eine verschiedene Erkrankung dar.

Aus diesen kurzen Andeutungen wird man die Art, in welcher Verf. den ihm vorliegenden Stoff behandelt hat, abnehmen können, und wünschen wir seinem Buche recht viele Leser.

Julius Althaus (London).

---

105) **Pelmann** (Grafenberg): Was soll mit den epileptischen Schulkindern geschehen? (Centralbl. f. allg. Ges. 1883. II. 2.)

Verf. verlangt mit Recht besondere Erziehungsanstalten für die epilept. Kinder. Seinem Aufsatze entnehme ich einige statistische Notizen, die ich den Lesern dieses Blattes mittheilen möchte.

Bekanntlich hat im Juli 1881 eine statistische Aufnahme der Zahl und der Verhältnisse der Epileptiker in der preuss. Rheinprovinz stattgefunden, deren Resultate gleich von Fachmännern als zweifelhafte angesehen wurden. Die Zahlen habe ich im vorigen Jahrgange d. Bl. pag. 187 mitgetheilt.

Der Niederrhein. Verein für öffentl. Gesundheitspflege hat auch Bedenken in die Zahlen dieser Erhebung gesetzt und hat — um für die Beantwortung der obigen Frage Material zu erhalten — eine Zäh-

lung der schulpflichtigen epilept. Kinder veranlasst, die dann auch wirklich andere Resultate zu Tage gefördert hat, als jene Zählung von 1881. Diese ergab in der Rheinprovinz 463 epil. Kinder *unter* 14 Jahren, jetzt ergaben sich 830 schulpflichtige epilept. Kinder. Ohne die Einzelheiten der Tabellen die im Original nachzulesen sind, hier wiedergeben zu können will ich die Gesammtresultate der beiden Provinzen Rheinland und Westphalen hier wiederholen:

	Einwohn. laut Zählung vom 1./12. 1880.	Schulpflicht. epileptische Kinder.	Auf 10000 Einwohner	Evang.	Kath.	Israel.
Westphalen	2043442	427 (215 m.)	2,09	261	164	2
Rheinprovinz	4074000	830 (423 m.)	2,03	243	584	3
Summa .	6117442	1257	2,05	504	748	5

Von den 427 schulpfl. epilept. Kinder Westphalens waren 58 vom Schulbesuch ausgeschlossen, der Rest vertheilte sich auf 286 Schulen. In der Rheinprovinz waren von 830 epilept. schulpflichtigen Kindern 155 vom Schulbesuch ausgeschlossen; die anderen vertheilten sich auf 601 Schulen. Erlenmeyer.

---

106) **Ch. Lasègue:** Dipsomanie et Alcoolisme. (Archives générales de médecine. Septbr. 1882.)

Verf. verfolgt in diesem Artikel den Zweck, darzulegen, dass Dipsomanie und chronischer Alcoholismus zwei gänzlich verschiedene Krankheiten seien. Dieselben haben nur das Eine gemeinsam, dass in beiden Missbrauch des Alcohols besteht, sonst aber sind sie verschieden nach ihrer Aetiologie, ihren Symptomen und ihrem Ausgange. Die Verschiedenheit des Wesens der Krankheiten geht nach Verf. soweit, dass ein Dipsomane nie ein Alcoholiker wird und umgekehrt ein Alcoholiker nie ein Dipsomane. (Unter „Alcoholiker“ ist ein an chronischem Alcoholismus Leidender zu verstehen. Ref.)

Die Dipsomanie entwickelt sich nach Verf., der ein ungemein reichhaltiges Material zur Beobachtung bekömmt, nicht auf dem Grunde einer allgemeinen Disposition, sondern sie schliesst sich an eine Erschütterung der bis dahin bestandenen Gesundheit an. Dieselbe entwickelt sich sehr rasch, mit der gleichen Unaufhaltsamkeit wie jede andere körperliche Krankheit. Die besten moralischen Eigenschaften vermögen nicht vor dem Ausbruch derselben zu schützen. Die characteristischen Delirien oder Subdelirien des chronischen Alcoholismus werden bei dem Dipsomanen nicht beobachtet. Der Schlaf ist sehr gut, nicht gestört durch ruhige Träume und durch Aufschrecken, wie solche in der Regel das Delirium tremens einleiten. Auch Hallucinationen fehlen bei dem Dipsomanen. Er gehört als Geisteskranker unter die Kategorie der „Raisonnants“. Die Dipsomanie ist unter jene geistigen Störnngen zu rechnen, welche durch anfallsweise Delirien (délire par accès) gekennzeichnet sind. Die Verlaufsweise der Krankheit graphisch dargestellt ergäbe eine mit stossweisen Erhebungen aufsteigende Linie, während die des Alcoholismus in einer wellenförmig ansteigenden Linie

ihren Ausdruk fände. Die Dipsomanie verläuft also in unregelmässigen Anfällen zu deren Eintreten es keines äussern Anstosses bedarf. Sie endet in einer ihr eigenthümlichen Kachexie, die von der der Alcoholisten verschieden ist. Auf eine nähere Schilderung der Verschiedenheiten geht Verf. nicht ein. In seltenen Fällen kommt es bei der Dipsomanie auch zur Heilung.

Die Dipsomanie fordert ihre Opfer aus den besseren Ständen und unter den Gebildeten, dem Alcoholismus verfallen die geringeren Gesellschaftsklassen. Der weitaus grössere Theil der Arbeit ist der Dipsomanie und ihren Eigenthümlichkeiten gewidmet. Fünf Krankengeschichten dienen zur Illustration nnd Begründung der aufgestellten Behauptungen. Der zweite den Alcoholismus behandelnde Theil ist summarisch gehalten. Karrer (Erlangen).

---

107) **E. Morselli:** Il peso specifico dell'encefalo negli alienati. (Das specifische Gehirngewicht bei Geisteskranken.) (Riv. sperim. di fren. 1882 1—3.)

Nach einer sehr eingehenden Darstellung der bisherigen Untersuchungen über das specifische Gewicht des Gehirnes, sowie über die dabei in Anwendung gezogenen Methoden (M. selbst benutzte eine rein areometrische Methode, welche eine Modification der von Colombo und Pizzi beschriebenen darstellt), geht der Verf. an die ausführliche Mittheilung seiner eigenen Resultate, welche sich auf die Untersuchung von 44 Gehirnen geisteskranker Personen beziehen. Durch einen Schnitt vor den Vierhügeln trennte er das Gesammthirn in zwei Theile, in das Grosshirn, und in das Subencephalon (Kleinhirn, Brücke, veräng. Mark). Er erhielt folgende Hauptzahlen:

	Grosshirn	Subenceph.
Mittler. spec. Gew.	1.0338	1.0456
Maximum	1.0607	1.0712
Minimum	1.0139	1.0113

Aus den sehr zahlreichen Thatsachen, welche diese Untersuchungen ergeben, können nur einige wenige hier wiedergegeben werden.

Das spec. Gewicht des Gehirnes Geisteskranker ist durchschnittlich schwerer als das Geistesgesunder, der Unterschied zwischen dem spec. Gewicht des Subencephalon und des Gosshirnes ist bei Geisteskranken beträchtlicher als bei Gesunden. In der warmen Jahreszeit ist das sp. Hirngew. grösser. M. fand gegenüber anderen Beobachtern ein höheres sp. Hirngew. bei kleinen Gehirnen. Das spec. Hirng. der Frauen ist geringer als das des Mannes, doch ist dieser Unterschied bedeutender bei Geistesgesunden als bei Geisteskranken.

Das sp. Gewicht des Gehirnes ereicht sein Maximum zwischen dem 30. u. 40. Jahre beim Manne, zwischen dem 20. u. 30. Jahre bei der Frau, späterhin sinkt es, um im höheren Alter wieder zuzunehmen.

Unter den Geisteskranken befanden sich die spec. schwersten Gehirne bei den alcoholischen und epileptischen Formen; in den chronischen Formen sind die spec. schwereren Gehirne häufiger als in den

acuten. Das geringste spc. Gewicht geht mit atrophischen Processen einher.

Durch Compression des Gehirnes wird sein sp. Gew. sehr erhöht, ebenso steigt es bei Gehirnhyperämie, Oedem und Erweichung; Abnahme des sp. Gehirngewichtes findet sich dementsprechend bei Anämie und Sklerose.*) Obersteiner (Wien).

---

108) **Riva:** L'alimentazione negli alienati sitofobi. (Die künstliche Ernährung abstinirender Geisteskranker.) (Riv. sperim di fren. 1882 1—3.)

Verf. richtet sein Augenmerk hauptsächlich auf die Wahl der Nahrungsmittel, welche bei der Fütterung Geisteskranker anzuwenden sind.

Es ist nicht richtig die Nahrungsstoffe möglichst concentrirt einzuführen; man darf nie vergessen, dass eine grössere Quantität von Wasser eine der nothwendigsten Grundbedingungen für die Ernährung ist; es empfehlen sich daher auch wiederholte Wasserclysmen von 38—40^0, mit eventuellem Zusatz von etwas Opium. — Die Fütterung hat zum mindesten 3 mal des Tages zu geschehen. — Häufig ist, besonders in marantischen Zuständen, die Beimischung von etwas Alcohol sehr anzurathen. — Fette (z. B. Leberthran) müssen der Nahrung zugesetzt werden. —

Zum Schlusse bespricht R. ausführlich den grossen Nährwerth der Peptone; er empfiehlt die Leube-Rosenthal'sche Fleischsolution, sowie den allerdings nicht streng hierhergehörigen Beafthee.

Obersteiner (Wien).

III. Vereinsberichte.

Psychiatrischer Verein in St. Petersburg.

November-Sitzung 1882. (Originalbericht.)

) Docent **Bechterew** hält 2 Vorträge 1) *über die Kreuzung der Sehnervenfasern im Chiasma* und 2) *über den Verlauf der pupillenverengernden Fasern im Gehirn und die Localisation des Iriscentrums.*

I. *Kreuzung der Fasern im Chiasma.*

Verf. sah nach Durchschneidung der nervi und tractus optici bei Thieren folgende Erscheinungen auftreten. Wurde *ein* Sehnerv durchschnitten, so erblindete das gleichseitige Auge, seine Pupille wurde sehr weit und reagirte nicht mehr auf directen Lichtreiz, contrahirte sich dagegen bei indirecter Reizung (Lichteinfall auf das andere Auge). Wurde das Chiasma sagital durchschnitten, so trat auf keinem Auge völlige Blindheit ein und vermeidet hierbei das operirte Thier, wenn

*) Das Gehirn des bekannten russischen Generals Skobeleff wog 1457 grm. Sein Kopfumfang betrug 57 cm., der Horizontalumfang des nackten Schädels 54 cm. Er hatte eine Körpergrösse von 1 M. 73 cm.

(Revue d'Anthropol. 1883. 1.)

das eine oder das andere Auge verbunden, ihm beim Gehen entgegentretende Widerstände recht gut; die Pupillen zeigen dabei keine bemerkbaren Veränderungen in ihrer Weite und reagiren gut und leicht.

Nach Durchschneidung eines tractus opticus tritt gleichfalls in keinem der beiden Augen complete Blindheit ein, doch ist diese partielle Blindheit bei eingehender Untersuchung eine Hemiopie, bei welcher die beiden, dem operirten tractus opticus entsprechenden Netzhauthälften ihre Funktion eingebüsst haben; die Pupillen behalten ihre normale Weite und reagiren gegen Licht gut.

Redner glaubt aus seinen Versuchen den Schluss ziehen zu können, dass die Kreuzung der Sehnervenfasern im Chiasma bei höheren Thieren keine vollständige sei, was mit den experimentell-hystologischen Untersuchungen Gudden's völlig übereinstimmt. Dass die Durschschneidung eines tractus opticus keinen merklichen Einfluss auf die Pupillenweite hat, sucht Vortragender damit zu erklären, dass die, die Pupillen reflectorisch verengernden Fasern des Opticus nach ihrem Eintritt in das Chiasma direct in der Gehirnsubstanz zu den Oculomotoriuskernen ziehen.

II. *Verlauf der pupillenverengernden Fasern im Gehirn und Localisation für die Bewegungen der Iris und der untern Augenmuskeln.*

Redner kommt auf seine Versuche gestützt zu folgenden Schlussfolgerungen.

1) Die die Pupillen reflectorisch erregenden Fasern fehlen in den Tractus optici und deren Endigungen in den corpp. geniculatis und den Vierhügeln bei den höhern Thieren, den corpp. bigem. bei den Vögeln.

2) Diese Fasern entspringen in der Netzhaut, gehen durch den Sehnerven hinter dem Chiasma direct in die graue, den 3. Ventrikel auskleidende Substanz zu den Oculomotoriuskernen, von welchen aus sie mit dem Oculomotoriusstamme zusammen zur Peripherie ziehen.

3) Während ihres ganzen Verlaufes in der centralen grauen Substanz findet keine Kreuzung statt.

4) Jedes Auge hat seinen eigenen Reflexbogen, welcher durch den Sehnerven, die entsprechende Hälfte der grauen Substanz, den Kern und den Stamm des gleichseitigen Oculomotorius geht.

5) Zwischen den beiden Reflexbögen besteht eine Verbindung, vermöge welcher ein Reflex von dem einen Auge auf die Pupille des andern Auges übertragen werden kann, und wird diese Verbindung durch Commissurfasern zwischen den beiden Oculomotoriuskernen hergestellt.

6) Das Centrum für die reflectorische Pupillenverengung liegt nicht, wie Hensen und Völkers es annehmen im Gebiete des Bodens des 3. Ventrikels, auch nicht nach Adamük im hinteren Vierhügelpaare, sondern wahrscheinlich in den Kernen des Oculomotorius.

7) Im Gebiete des Bodens des 3. Ventrikels befindet sich auch nicht, im Sinne von Hensen und Völkers das Centrum für die Bewegungen der Augenmuskeln.

8) Die bei Reizung oder Verletzung des den Boden des 3. Ventrikels umgebenden Gebietes auftretenden Veränderungen in der Stellung der Augen mit gleichzeitig sich kundgebenden allgemeinen motorischen Störungen (Alteration des Gleichgewichts, Zwangsbewegungen) sind mit denjenigen Störungen, welche nach Läsionen der halbzirkelförmigen Canäle, der Oliven, des verlängerten Markes sich zeigen, vollkommen identisch; dieses kann als Beweis dafür dienen, dass alle genannten Organe die ganze motorische Sphäre des Thieres, darunter auch die Stellung der Augen beeinflussen.

9) Die Centren für die willkürlichen Bewegungen der Augäpfel müssen im Bezirke der Oculomotoriuskerne liegen, da nur eine Zerstörung dieser Kerne oder der aus ihnen heraustretenden Wurzeln eine dauernde Veränderung der Augenstellung producirt.

10) Die bis jetzt vorliegenden Daten erlauben nicht endgültig das Accomodationscentrum in den Bezirk des Bodens des 3. Ventrikels zu verlegen.

11) Die Erweiterung der Pupillen in Folge schmerzhafter Hautreize wird nicht durch Fasern des sympatischen Nervensystems vermittelt, sondern der Schmerzeindruck wirkt auf den Lichtreflex der Pupillen direkt hemmend ein.

12) Die bei einigen Nervenkrankheiten wie Tabes dorsalis, Paralysis generalis progressiva, auftretende reflectorische Pupillenstarre beruht wahrscheinlich auf einer Unterbrechung der Leitung im Reflexbogen auf dem Wege vom Chiasma zum Occulomotoriuskerne.

Hinze (St. Petersburg).

Sitzung vom 22. Januar 1883. (Originalbericht.)

110) Docent **W. Bechterew** theilt *experimentelle Untersuchungen über die Functionen der Sehhügel* mit.

Redner stellte seine Untersuchungen an verschiedenen Gattungen von Thieren — Fröschen, Tauben, Hühnern, Ratten, Kaninchen, Katzen und Hunden an und befolgte dabei zwei Methoden; er reizte (isolirte) entweder mittelst besonderer Elektroden, welche durch das Gehirngewebe in die Sehhügel eingesenkt wurden oder zerstörte sie theils bei unversehrten Grosshirnhemisphären, theils nach vorläufiger Entfernung dieser letzteren (bei niedern Thieren).

Redner wollte in seinen Versuchen die bisher in der Literatur vorhandenen Ansichten über die Bedeutung und die Functionen der Sehhügel verificiren und ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen.

Wird der hintere Abschnitt eines Sehhügels zerstört, so tritt eine contralaterale Sehfeldbeschränkung auf beiden Augen ein, (homonyme Hemianopie, der lädirten Seite entsprechend); zuweilen erfolgt bei geringerer Verletzung des Sehhügels nur an einem Auge Hemianopie. Nach Verletzung des vordern Abschnittes eines Thalamus opticus wird kaum eine Abschwächung des Sehvermögens und dann nur vorübergehend beobachtet.

Die in der Literatur verzeichneten Angaben über den Einfluss der Sehhügel auf die Pupillenweite und das Znstandekommen gewisser

Zwangsbewegungen und Gleichgewichtsstörungen muss Redner nach seinen Versuchen dahin berichtigen, dass die erwähnten Erscheinungen nicht von einer directen Läsion der thalami, sondern von einer gleichzeitigen Verletzung der, dem untersten Abschnitt des 3. Ventrikels umgebenden grauen Substanz abhängen.*)

Es muss hierbei bemerkt werden, dass die Zerstörung der Sehhügel bei Hunden weder von Lähmungen der willkürlichen Muskeln noch von Störungen der Sensibiltät begleitet wurde.

Das wichtigste Resultat der Untersuchungen bestand aber in Folgendem. Die Sehhügel können nicht nur elektrisch, sondern auch mechanisch erregt werden. Wird der Thalamus elektrisch gereizt, so stossen sowohl die höhern, als auch die niedern Thiere die ihnen eigenthümlichen Laute aus, die Tauben ein gedehntes dem Gürren ähnliches Gull, gull, die Henne gackert, der Hund winselt, bellt oder brummt; bei den Vögeln werden diese Laute durch elektrische Reizung auch nach Entfernung der Grosshirnhemisphären hörbar. Diese Möglichkeit der Lauterzeugung hört aber sofort auf, wenn ein Schnitt im Niveau der crura cerebri gleich hinter den Sehhügeln geführt wird.

Auf Grund dieser Versuche sieht der Vortragende sich veranlasst, in den Sehhügeln Centren für die sogen. excessiven Laute und Bewegungen anzunehmen, eine Ansicht, welche durch weitere Versuche bestätigt wurde. Bei Wiederholung des Goltz'schen Quakversuchs überzeugte der Vortragende sich, dass der Schnitt, wenn das Experiment gelingen soll, bei den Fröschen vor den Sehhügel, die also intact bleiben, geführt werden müsse. Um den Nachweis zu liefern, dass die Vierhügel ohne Einfluss auf das Zustandekommen des Quakversuches seien, eröffnete B. sofort nach erfolgtem Hirnschnitte die Schädeldecke und zerquetschte vorsichtig und allmälig mit einer feinen Pincette beide Zweihügel; der Quakversuch gelang auch nach dieser Operation bei Reizung der Rückenhaut; ein Schnitt hinter den Sehhügel hob für immer die Möglichkeit, das Quaken zu produciren, auf.

Fernere Versuche ergaben, dass auch bei höhern Thieren nach Entfernung der Grosshirnhemisphären bei Erhaltung der Sehhügel mit derselben Beständigkeit, wie bei den Fröschen, reflectorisch die charakteristischen Laute hervorgerufen werden konnten. Die Zerstörung der Zweihügel bei den niedern, der Vierhügel bei den höhern Thieren, bei Schonung der innerhalb der Hirnschenkel zum Sehhügel verlaufenden Fasern, hatte keinen Einfluss auf das Zustandekommen der Eigenlaute der Thiere, wogegen diese nicht mehr hervorgerufen werden konnten, wenn die Sehhügel, mit oder ohne Zerstörung der Grosshirnhemisphären, vernichtet wurden; die Hunde verloren nach einer solchen Läsion der Sehhügel nicht nur die Fähigkeit, ihre Empfindungen durch die ihnen eigenthümlichen Laute auszudrücken, sondern konnten auch nicht mehr die entsprechenden Bewegungen ausführen.

Auf Grundlage aller seiner Versuche kommt der Vortragende

*) cf. die Abhandlung vom Redner in St. Petersburger medic. Wochenschrift 1882. Nro. 12.

zu dem Schlusse, dass im Sehhügel diejenigen Leitungsbahnen concentrirt sind, durch welche Muskelgruppen unwillkürlich innervirt werden, wenn durch deren Contractionen verschiedenartige Empfindungen ausgedrückt werden sollen. Diese Ganglien vermitteln also hauptsächlich die sogenannte expressiven Laute und Bewegungen, während die Vierhügel, entgegen der Ansicht mehrerer neuerer Beobachter, zu diesen Lauten und Bewegungen in keiner Beziehung stehen. Redner meint, dass bei gesunden Thieren die Erregung der Sehhügel nicht nur reflectorisch durch periphere Reize, sondern auch durch psychische, der Hirnrinde entstammende Impulse zu Stande kommen könne.

Der Vortrag wurde durch Demonstration vieler der operirten Thiere in überzeugender Weise illustrirt.

Hinze (St. Petersburg).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

111) Aus Berlin. Herr Dr. Gnauck hat in Pankow ein grosses Grundstück käuflich erworben, um daselbst eine „offene Anstalt“ zu errichten. Ein Bedürfniss nach einem derartigen Institut in der Nähe Berlins ist entschieden vorhanden.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Wehnen (Oldenburg), Assistenzarz.; 1. März, 1200 im ersten, 1500 im zweiten Jahre, fr. Stat. 2) Saargemünd (Lothr. Bez.-Irrenanstalt), II. Assistenzarzt sofort, 1000 M. freie Station. Französische Sprachkenntniss erforderlich. 3) Ueckermünde (pomm. Prov.-Anst.) Director. 6000 M., Dienstwohnung etc. Meldungen an den Landesdirector der Prov. Pommern, Dr. Freiherrn von der Goltz in Stettin. 4) Leubus, II. Arzt, 3000 M., freie Familienwohnung. Meld. bis 15. März an den Landeshauptmann von Schlesien Herrn von Uthmann in Breslau. 5) Sonnenstein, Anstaltsarzt (Rang als Hilfsarzt) 1800 M. 6) Asyl Garlsfeld, Assistenzarzt 1000 M. fr. St. 7) Owinsk, (prov. Irr.-Anst. Posen) Director; Meldung bis 15. März an den Oberpräsidenten Herrn von Guenther in Posen. 8) Die Kreisphysicate Aurich (Aurich). Burgk (Greiz), Delitsch (Merseburg), Gnesen, Lippstadt (Arnsberg), Münsterberg (Breslau), Oberbarnim, Amtssitz Freienwalde a. O. (Potsdam), Salzwedel (Magdeburg), Wetzlar (Koblenz), Worbis (Erfurt), Würzburg (Bezirksarzt I. Classe).

Besetzte Stellen: Stephansfeld-Hoerdt, Assistenzarzt Dr. med. Benda aus Berlin.

Todesfälle: Geheimrath Professor Dr. von Rinecker in Würzburg. Dr. Georg Beard in New-York.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 15. März 1883. Nro. 6.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Dr. Stoltenhoff: Aus der Irrenanstalt zu Saargemünd. Studien über die Wirkung des Acetals (Diaethylacetals).

II. REFERATE. 112) Bochefontaine: Ueber das Wandern der erregbaren Stellen an der Hirnrinde. 113) R. M. Bucke: Die Entwicklung des Verstandes. 114) Chvostek: Ein Fall von Tuberkel im mittleren Drittel der vorderen Centralwindung, 115) Carlyle Johnstone: Ein Fall von Hirntumor. 116) Langer: Ein Fall von ausgebreiteter progressiver Muskelatrophie mit paralytischer Lendenlordose. 117) P. Bender: Ein Beitrag zum Kapitel der Hirnverletzung. 118) C. Wernicke: Ueber eine noch nicht bekannte Form schwerer Neurose. 119) F. Ganghofner: Zwei Fälle von bleibender Facialislähmung, bedingt durch chronisch entzündliche Processe der Schädelbasis. 120) J. Holst: Neuralgie des Trigeminus, geheilt durch Amputation der Vaginalportion. 121) Eberhard Klein: Ueber ophthalmia neuroparalytica. 122) Coloman Müller: Ueber nervöse Dyspepsie. 123) Bernhardt: Abnorme electrische Erregbarkeitsverhältnisse in einem Falle von (progressiver) Muskelatrophie. 124) Eduard N. Brush: Ueber einen Fall von Hirnhyperämie und Delirien durch plötzlichen Temperaturwechsel. 125) E. Rogers: Ueber besondere Wirkungen von Cinchonin. 126) Cohn: Ueber die Psychosen im kindlichen Alter, 127) Holländer: Zur Lehre von der Moral insanity.

III. VEREINSBERICHTE. 128) Charcot: Ueber das Hypnotisiren Hysterischer. 129) Vulpian: Ueber Wirkung grosser Strychnindosen auf die motorischen Nerven der Säugethiere. 130) Couty: Ueber die Analogie der centralen nnd der corticalen Hirnläsion. 131) Bert und Laffont: Einfluss des Nervensystems auf die Lymphgefässe. 132) Renault: Ueber Tuberkel des Pons. 133) Bochefontaine: Ueber Pathogenese der traumatischen Gehirnblutungen. 134) Leven: Ueber Physiologie des Plexus solaris. 135) Gellé: Ueber Reflextaubheit. 136) v. Bamberger: Ueber einen Fall von multipler halbseitiger Hirnnervenlähmung. 137) N. Weiss: Ueber einen Fall von Pseudohypertrophie der Muskeln. 138) Versammlung der americanischen Irrenanstaltsdirectoren in Ohio am 30. Mai ff, 1882. 139) Arpàd Bókai: Ueber Heilung eines Falles von peripherer Epilepsie.

IV. PREISAUFGABE. V. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Aus der Irrenanstalt zu Saargemünd.

Studien über die Wirkung des Acetals (Diaethylacetals).

Von Dr. STOLTENHOFF, zweiter Arzt der Irrenanstalt.

Nachdem Freiherr Dr. v. Mering auf der Eisenacher Naturforscherversammlung seine Experimente und Erfahrungen über die Wirkung der Acetale zur allgemeinen Kenntniss gebracht, Erfahrungen die viel Ermuthigendes hatten, lag der Gedanke nahe, die Wirkung des Diaethylacetals oder Aethyliden diäthyläthers ($C_6 H_{14} O_2$) auch in Bezug auf seine Verwendbarkeit als Beruhigungs- und Schlafmittel, speziell bei Geisteskranken zu erforschen, da eine Bereicherung der Gruppe der Hypnotika gewiss als ein grosser Gewinn zu betrachten ist. Es könnte auf den ersten Blick bei der grossen Reihe der sog. Schlafmittel die Vermehrung derselben überflüssig erscheinen; indess, abgesehen von dem theoretischen Interesse, welches sich an jedes neue derartige Mittel knüpft, so ist die Zahl der wirklich wirksamen Hypnotika, die ohne theils nur unangenehme, theils bedrohliche Nebenerscheinungen gegeben werden können, doch eine relativ kleine, sei es, dass es sich dabei nur um starke Congestionszustände, Herzsymptome, Rash, Erbrechen und Appetitlosigkeit oder um tiefe Collapse und selbst exitus handelt. In Nachfolgendem erlaube ich mir die Resultate der in den letzten 3 Monaten in der hiesigen Irrenanstalt gemachten Versuche der Oeffentlichkeit zu übergeben. Da der Natur und dem Zweck der Sache entsprechend bei den mit Acetal behandelten Geisteskranken eine genauere Verfolgung der Wirkung des Acetals, ausser der auf die Unruhe und Schlaflosigkeit nicht constatirt werden konnte, so nahmen auch mehrere Gesunde, darunter Herr Dr. Lehmann, der sich demselben mit dankenswerther Freundlichkeit unterzog und der Verfasser einzelne Dosen, worüber ebenfalls weiter unten berichtet wird. Zur Orientirung schicke ich noch voran,*) dass man unter Acetalen flüchtig ätherisch riechende Flüssigkeiten versteht, welche in Wasser ziemlich schwer löslich sind und sich unter gewissen Bedingungen beim Zusammentritt von Alcohol und Aldehyd unter Wasseraustritt bilden. Sie besitzen eine sehr grosse chemische Beständigkeit, und es ist daher wahrscheinlich dass sie den thierischen Organismus unzersetzt durchlaufen. Das Diaethylacetal, auch schlechthin Acetal genannt, hat ein spec. Gewicht von 0,87, ist löslich in 18 Volumen Wasser und destillirt bei 104^0 C. unzersetzt über; doch auch schon bei gewöhnlicher Temperatur verflüchtigt es sich energisch und macht sich durch seinen Geruch bemerkbar. Die bei seiner Anwendung bei Geisteskranken gemachten Erfahrungen sind folgende:

1) Der erste Fall, bei dem das Acetal in Anwendung gezogen wurde, betraf eine alte im Oct. vorigen Jahres unter den heftigsten Symptomen frisch erkrankte Frau die durch beständige Unruhe und

---

*) cf. d. Referat in Börner's Wochenschrift 1882. Nro. 43.

Schlaflosigkeit verbunden mit mangelhafter Ernährung in einen ziemlich elenden Zustand gerathen war. Opium war erfolglos versucht, von der Darreichung des Chlorals wurde des Allgemeinbefindens wegen Abstand genommen, die Wickel hatte ebenfalls zu keinem Resultate geführt. Sie erhielt am 12. November vorigen Jahres Abends 3,0 Acetal, (die niedrige Dosis erklärt sich aus unserer gänzlichen Unbekanntschaft mit dem Mittel) der Erfolg war ein negativer; wir stiegen am folgenden Abend auf 4 Gramm und konnten während der Nacht einige Stunden vollkommener Ruhe und am folgenden Tage einen geringen Nachlass der Unruhe im Allgemeinen constatiren. In der darauf folgenden Nacht war mit der gleichen Dosis der Effect noch ein besserer; zur Controlle wurde am nächsten Abend das Acetal weggelassen, worauf Patientin die ganze Nacht unruhig war; auf 4,0 Gramm Acetal am folgendem Abend erfolgte wieder Ruhe und Schlaf während der halben Nacht; am 19. Nov. war nach einer guten Nacht auch während des Tages grössere Ruhe vorhanden; als in Folge dessen Abends kein Acetal gegeben wurde, blieb Pat. bis Mitternacht ruhig, vollführte dann aber einen ungleich grösseren Lärm, als seit langer Zeit. Dieses war die Einleitung zu einer Steigerung der Unruhe und Erregung im Allgemeinen, gegen welche sich nun 4 Gramm Acetal als nicht mehr genügend erwiesen, weshalb vom 22. Nov. an Abends 5 Gramm verabreicht wurden. Dieselben erzielten durchgehend einen guten Erfolg, Schlaf während der Nacht und Ruhebedürfniss am Tage, wenn auch einzelne Ausnahmen nicht in Abrede gestellt werden können, doch ist zu bemerken, dass bei der ganz ausserordentlich grossen Erregung mitunter ein Theil der Medicin verloren ging. Am 19. XII. wurde, da Pat. im Allgemeinen ruhiger war und mehrere Nächte hintereinander gut geschlafen hatte, das Acetal weggelassen; die erste Nacht schlief sie darauf noch leidlich, doch schon in der zweiten Nacht begann die alte Unruhe; auf 5 Gramm Acetal, die nun täglich Abends gereicht wurden, erfolgte in acht aufeinanderfolgenden Nächten Schlaf und auch bei Tage etwas grössere Ruhe, am 27. Dez. bekam sie, nachdem sie einige Tage weniger Nahrung als sonst zu sich genommen, auch von dem ihr verabreichten Acetal nur einige Tropfen bei sich behalten hatte, einen tiefen Collapsanfall, der am folgenden Tage gehoben war und eine Periode motorischer Ruhe und Schlafes ohne Mittel einleitete; nach 9 Tagen trat auf Grund von zahlreichen Hallucinationen und Illusionen wieder sehr starke Unruhe ein, weshalb, da dem Acetal keine Schuld an dem Collaps beigemessen werden konnte, wieder 5,0 verabreicht wurden, dieselben brachten sofort nächtlichen Schlaf, der, wie wiederholte Controllversuche ergaben, sonst fortblieb; auch bis in die letzte Zeit (Ende Februar) ist die Wirkung (mit sehr seltenen Ausnahmen) eine recht gute. Gesammtverbrauch ca. 320 Gramm.

2) Im zweiten Falle handelte es sich um eine frische Erkrankung an dementia paralytica mit starker Betheiligung des Rückenmarks; die in gutem Ernährungszustande befindliche Frau wurde durch Singen und Sprechen während der Nacht sehr störend. Sie erhielt von

Anfang an 5,0 Acetal Abends, und zwar mit sehr gutem Erfolge; am folgenden Abend wurde Nichts gegeben, und es folgte eine unruhige Nacht auf erneute Darreichung folgte wieder die gewünschte Wirkung, während beim Weglassen des Mittels, das intermittirend zur Controlle Statt fand, nächtliche Unruhe sich einstellt; nach Verabreichung von im Ganzen 40 Gramm trat allgemeine Beruhigung, wenigstens für die Nächte ein, und ist jetzt seit ca. 6 Wochen constant.

3) Eine ähnliche Wirkung konnte in einem dritten Falle constatirt werden bei einer blödsinnigen Frau mit ziemlich lebhaften Aufregungszuständen und nächtlicher Unruhe; ein zweimaliger mit 5,0 Acetal unternommener Versuch war von entsprechenden Erfolge begleitet und liess auch der zwischen beide eingelegte acetalfreie Abend die nächtliche Unruhe hervortreten; die Fortführung des Versuchs scheiterte an dem energischen Widerstand, den die Pat. dem Einnehmen des Mittels entgegensetzte.

4) Bei einem kräftigen, frisch erkrankten Manne, der Tag und Nacht in beständiger motorischer Erregung sich befand, erzielten 4,0 Acetal sofort eine ruhige Nacht; dieser Erfolg bewährt sich noch in drei anderen aufeinanderfolgenden Nächten; auf Aussetzen des Mittels erfolgte eine unruhige Nacht; nachdem nun mehrere auf einander folgende acetalfreie Nächte unruhig geblieben waren, wurden eines Abends wiederum 5,0 Acetal gegeben; die folgende Nacht war eine gute, es wurden nun 13 Tage lang regelmässig Abends 5 Gramm verabreicht und eine beständige Nachtruhe erzielt; nach Aussetzen des Mittels traten wieder einzelne unruhige Nächte auf; es wurde fortan nur sporadisch, wenn grosse Unruhe zu erwarten schien, Acetal gegeben, indess nicht immer mit dem erwarteten Erfolge und nicht, ohne dass auch ohne Mittel eine ruhige Nacht mit untergelaufen wäre. Verbrauch 95 Gramm. Pat. starb acut an nach ausgebreitetem heftigen erysipelas faciei auftretender eitriger Meningitis.

5) Ein schwachsinniger ganz verwirrter, temporär ziemlich erregter und Nachts uuruhiger Mann bekam eines Abends, nachdem er die beiden vorhergehenden Nächte unruhig gewesen war, 5,0 Acetal, und zwar mit sehr gutem Erfolg; der stricte Beweis des propter hoc fehlt, weil die folgende Nacht ohne Mittel eine gute war; ein zweiter Versuch war wiederum erfolgreich; seither tritt die Unruhe seltener und erst gegen Morgen ein, so dass sie nicht Gegenstand der Behandlung ist.

6) Ein chronisch verrückter Mensch, sehr redselig und oft die Nacht laut, reagirte auf 4,0 Acetal mit gutem Schlaf, bald aber war die Wirkung nicht mehr ganz zuverlässig, worauf 5 Gramm prompter und anhaltender wirkten; nach Aussetzen des Mittels trat wieder Unruhe ein; im Verlauf der Verabreichung wurde eines Morgens Irregularität des Pulses und Schwäche des einzelnen Schlages auf kurze Zeit bemerkt, doch ist im Journal hinzugefügt: „bewirkt (?) durch willkürliche Beschleunigung und Verlangsamung der Respiration“.

Bevor wir zu den Beobachtungen an den Gesunden übergehen, ist noch hervorzuheben, dass sich in den Organen der Respiration,

der Circulation und der Verdauung, sowie mit Bezug auf Motilität und Sensibilität keine irgend bemerkenswerthen Erscheinungen bei unseren Kranken am Wenigsten unangenehmer Natur gezeigt haben, auch wurde nicht über störende Nachwirkungen, Kopfschmerz, Schwindel und Aehnliches geklagt; der bei Fall 1 aufgetretene Collaps hing mit der Schwere des zu Grunde liegenden Leidens zusammen. Bei den nun zu erwähnenden Versuchen an Gesunden handelte es sich weniger um die Erzielung von Schlaf, als um die Constatirung etwaiger Nebenwirkungen und um die subjective Reaction auf das Acetal, die sich bei unseren Kranken nicht verfolgen liess, nur in dem letzten der angeführten Fälle wurde durch Bettruhe und Abhaltung von Störungen auch die hypnotische Wirkung angestrebt.

1) L., gesunder Mann, von mittlerem Ernährungszustande. Pulsfrequenz 80, Pupillen von mittlerer Weite, gleich. 4 Uhr 17 Min. Nachmittags Aufnahme von 5,0 Acetal.

4 Uhr 22 Min. Puls 79, gespannt, Gefühl von Benommenheit und Schwere im Kopf.

4 Uhr 25 Min. Müdigkeit, Schwere der Oberaugenlider, Pupillen unverändert. Puls 80.

4 Uhr 29 Min. Puls 82.

4 Uhr 34 Min. Puls 84. Leichtes Hitzegefühl im Kopf, Respiration nicht beschleunigt. Im weiteren Verlaufe der Beobachtung wechselte die (wie in allen Fällen, während einer ganzen Minute beobachtet) Pulsfrequenz zwischen 78 und 85, die einzelnen Schläge waren kräftig, die Spannung verschwand bald. Die Pupillen zeigten sich absolut nicht beeinflusst; das Schwindelgefühl und die Schlafneigung verschwanden bald, nach Verlauf einer guten Stunde war der Status quo ante zurückgekehrt. Appetit nachher gut, kein Kopfschmerz.

2) W., kräftiger Mann, gut genährt, Pupillen mittelweit, gleich, Pulsfrequenz 64. 4 Uhr 5 Min. Nachm. Aufnahme von 5,0 Acetal.

4 Uhr 10 Min. Puls 70. Müdigkeit, Benommenheit nicht unangenehmer Natur.

4 Uhr 15 Min. Puls 67. Leichte Zunahme der Erscheinungen. Pupillen unverändert.

4 Uhr 20 Min. Puls 66. Gefühl von Hitze am Kopf.
— 30 Min. Puls 68 (30).
— 40 Min. Puls 73.
— 55 Min. Puls 76. (42).
5 Uhr 10 Min. Puls 76. (42).

In diesem Falle trat eine deutliche Irregularität des Pulses auf; die in Klammern gesetzten Zahlen geben die Pulsfrequenz während einer halben Minute der Beobachtungszeit an, woraus erhellt, dass es sich um eine unregelmässige Beschleunigung resp. Verlangsamung handelt; subjectiv kam Nichts davon zum Bewusstsein. Im Uebrigen wie im ersten Fall keine unangenehme Nachwirkung.

3) L., mittlerer Ernährungszustand, gesunde Organe. Pupillen mittelweit, gleich. Pulsfrequenz 80. 4 Uhr 25 Min. Aufnahme von 5,0 Acetal.

4 Uhr 30 Min. Puls 80. Schwindel, Müdigkeit, Schwere der Oberaugenlider.

4 Uhr 40 Min. Puls 88, etwas Congestion. Neigung zum Schlaf.

— 45 Min. Puls 84.

— 50 Min. 80.

— 55 Min. 78.

5 Uhr 05 Min. 74.

— 15 Min. 74.

— 25 Min. 70.

— 40 Min. 71.

Keine bemerkenswerthe Nebenerscheinungen.

4) Sch., sehr kräftiger Mann, homo quadratus. Pupillen mittelweit, gleich. Pulsfrequenz 78. 11 Uhr 50 Min. Vormitt. Aufnahme von 7,5 Acetal.

11 Uhr 55 Min. Puls 70. Schwindel, leichtes Benommensein.

12 Uhr 00 Min. Puls 74. Summen vor den Ohren, Müdigkeit.

12 Uhr 05 Min. Puls 70. Schwere im Kopf, sieht etwas congestionirt aus.

12 Uhr 10 Min. Puls 67, etwas unregelmässig, Pupille unverändert.

12 Uhr 15 Min. Puls 67, ziemlich gespannt. Müdigkeit, Schwere im Kopf.

12 Uhr 25 Min. Puls 68.

— 35 Min. Puls 71, will einschlafen.

— 50 Min. Puls 68. Einnahme von 2,5 Acetal.

— 55 Min. Puls 71.

1 Uhr 00 Min. Puls 68. Puls unregelmässig; starke Müdigkeit; stärker congestionirt.

1 Uhr 05 Min. Puls 63. Abbrechen der Beobachtung, kurz darauf tiefer Schlaf, aus dem Schlaf nach mehreren Stunden schreckhaft erwacht (auf Anrufen), nachher keine unangenehmen Erscheinungen. Derselbe nahm 10,0 Acetal in 3 Portionen (5,0 und nach je einer Stunde 2,5 Gramm) ohne irgend welche Belästigung.

Wenn wir auf Grund der vorstehenden Beobachtungen einen Schluss auf die Wirksamkeit des Acetals ziehen dürfen, so wird auch der grösste Skeptiker — und zu diesen gehörte anfänglich der Verfasser — nicht leugnen können, dass ihm in vielen Fällen die Eigenschaft zukommt, selbst hochgradige motorische Unruhe vorübergehend zu beseitigen; einen Dauereffect kann man ihm dagegen in keinem Falle vindiciren. Es scheint ein Mittel zu sein, dem unangenehme Nebenwirkungen nicht zukommen, schnell vorübergehende Congestionen und Irregularität des Pulses*) in einzelnen Fällen sind die einzigen Symptome, die man als nicht wünschenswerth bezeichnen könnte; doch geben sie keine Contraindicationen für die Verabreichung ab. Indi-

*) Eine constante Beeinflussung desselben kann, wie ein vergleichender Blick auf die Tabelle lehrt, nicht angegeben werden, eine Abschwächung trat in keinem Falle ein.

gestionen und Appetitlosigkeit kamen nicht zur Beobachtung. Die Wirkung tritt ziemlich schnell nach Aufnahme des Acetals ein, innerhalb 5—15—30 Minuten und erstreckt sich individuell natürlich verschieden auf 4—10 Stunden. Was die Dosirung anbelangt, so kann man selbst bei schwachen Leuten direct mit 5,0 Gramm anfangen; die eigentlich hypnotische Wirkung entfalten diese schon, wenigstens bei Geisteskranken, deren Gehirn für dasselbe empfindlicher zu sein scheint. Bei gesunden Männern genügen 5,0 nicht, sie rufen zwar Schläfrigkeit und Müdigkeit hervor, doch lassen sich diese leicht überwinden. Da 7,5 Gramm ohne jeden Nachtheil vertragen werden, so sind Gaben von 10 Gramm in dringenden Fällen gewiss gestattet.

Die Wirkungsweise des Acetals anlangend, so muss auch nach unseren Erfahrungen angenommen werden, dass dasselbe ein chemisch ziemlich beständiger Körper, als solcher in den Kreislauf eintritt und seine Wirkung in den Centren selbst entfaltet.

Der Umstand, dass bei allen Kranken und Gesunden am andern Morgen, resp. nach einer entsprechenden langen Zeit, ein deutlicher Acetalgeruch aus dem Mund ausströmte, macht es wahrscheinlich, dass es unzersetzt durch den Körper geht und in den Lungen vermöge seiner ungemeinen Flüchtigkeit abdampft. Im Urin habe ich es auf die von dem Verfertiger, C. A. F. Kahlbaum in Berlin angegebene Methode nicht constatiren können, während ein entsprechender Controllversuch ein positives Resultat gab. Die Methode ist nur anwendbar, wenn nicht gewisse andere Stoffe, wie Aceton, Aldehyd etc. im Urin sind. Da dieselben gewöhnlich nicht in Betracht kommen, dürfte sich die unter dem Namen der Lieben'schen Probe beschriebene Methode doch meist bewähren, sie ist folgende: Von dem Urin wird etwa $^1/_5$ abdestillirt, von diesem Destillat versetzt man einige Cubikcentimeter mit etwa 10—12 Cbctm. Natronlauge von $8^0/_0$, dann mit 10 Cbctm. Jodlösung (aus 25 Gramm Jod und 25 Gramm Jodkali gelöst zu 100 Cbctm.). Die Flüssigkeit wird sich entfärben und klar bleiben. Nimmt man nun abermals einige Cbctm. des Destillats, fügt 2 Tropfen reiner Salzsäure, dann wie oben 10—12 Cbctm. Natronlauge und endlich 10 Cbctm. Jodlösung hinzu, so entsteht eine dicke milchige Ausscheidung von Jodoform. Es ist also für Acetal characteristisch, dass die Flüssigkeit ohne Zusatz von Salzsäure kein Jodoform, wohl aber nach dem Zusatz reichlich Jodoform liefert. Tritt dagegen schon ohne Zusatz von Salzsäure Jodoformabscheidung ein, so enthält der Urin die oben erwähnten Körper, Aldehyd, Aceton etc. Die Erkennung des Niederschlags als Jodoform ist leicht; man extrahirt den Filterniederschlag mit Aether oder Alcohol, lässt einen Tropfen unter dem Mikroskop verdunsten und bekommt die absolut characteristischen Crystalle.

Als Inhalationsmittel kann das Acetal nicht in Anwendung gezogen werden, theils wegen seines hohen Siedepunktes, theils wegen seines Geruchs, der auf die Dauer nicht zu ertragen ist; doch habe ich bei einem Kaninchen, das ich geringe Mengen Acetal inhaliren liess, eine prompte, nach 2—3 Stunden vorübergehende Wirkung eintreten sehen, ohne dass im Uebrigen ein nachtheiliger Einfluss her-

vorgetreten wäre; auf die subcutane Injection habe ich Verzicht geleistet, weil dabei eine unverhältnissmässig grosse Menge verwandt werden musste. Beim Thiere hat v. Mering es mit gutem Erfolge in Anwendung gebracht.

In technischer Beziehung ist noch zu bemerken, dass Geruch und Geschmack des Mittels doch nicht gerade als angenehme zu bezeichnen sind und bei Manchem Anstoss erregen dürften; wir gaben es immer mit Wasser oder Wein und glauben ersteres dem letzteren vorziehen zu sollen; die an einem Theil des folgenden Tages vorhandene Acetal-Atmosphäre ist eine wenig angenehme Beigabe. Trotzdem und trotz des Preises (100 Gramm 6 Rm.) erblicken wir im Acetal eine schätzbare Bereicherung unseres Arzneischatzes und ein Mittel, dem bei seiner scheinbaren Harmlosigkeit ein hervorragender Platz unter den Hypnoticis gebührt. Möge dieser Aufsatz zu neuen Versuchen anregen!

Saargemünd, den 23. Februar 1883.

II. Referate.

112) **Bochefontaine:** Note sur le deplacement des points excitables du cerveau. (Ueber das Wandern der erregbaren Stellen an der Hirnrinde.) (Arch. de physiol. norm. et pathol. 1883 1.)

Bei faradischer Reizung einer Stelle am medialen Theile des gyrus praecruciatus eines curarisirten Hundes (und zwar nur von dieser Stelle aus) erhielt B. reichliche Speichelabsonderung. Nach einer einstündigen Pause war der angegebene Punkt unerregbar geworden und die Speichelabsonderung konnte nur durch Reizung einer entsprechenden Stelle des gyrus postcruciatus erzielt werden.

Wiederholte Versuche an verschiedenen Hunden gaben immer ähnliche Resultate, nur dass die Lage der erregbaren Punkte jedesmal eine andre war.

Eine zweite Versuchsreihe, welche den Zweck hatte die arterielle Blutdrucksteigerung in Folge localisirter Hirnrindenfaradisation zu beobachten, führte zu ganz analogen Resultaten, insoweit es sich um die wechselnde topographische Lage des erregbaren Punktes handelt.

Was nun die Bewegungen der willkührlichen Muskeln anlangt, so stimmen nicht bloss die einzelnen Beobachter in der genauen Angabe der erregbaren Rindenstellen keineswegs überein, sondern es hat schon Vulpian vor langer Zeit die Beobachtung gemacht, dass, wenn er den Punkt, von welchem aus eine bestimmte Muskelcontraction zu erzeugen war, nach einer Pause von 10 Minuten oder länger abermals reizte diesmal kein Erfolg eintrat, wohl aber von einer mehr oder minder nahen anderen Stelle aus.

B. steht noch auf dem Standpunkte, dass die Erregbarkeit der grauen Substanz durch Nichts nachgewiesen sei, dass vielmehr nur die Markfasern unterhalb der Hirnrinde durch den faradischen Strom gereizt würden.

Weiterhin spricht er sich auch gegen die am meisten acceptirte Form der Localisationstheorie aus, und meint, dass die bekannte Auffassungsweise von Flourens im Allgemeinen gerade durch die Versuche von Fritsch und Hitzig bestätigt worden sei!

Obersteiner (Wien).

---

113) **R. M. Bucke** (Ontario): The Growth of the Intellect. (Die Entwicklung des Verstandes). (Americ. Journ. of Insanity, Juli 1882)

Verf. sucht darzulegen, dass die Darwin-Haekel'sche Entwicklungslehre auch bezüglich der Entwicklung des Verstandes beim Menschengeschlechte Gültigkeit habe. Wie der Embryo die Entwicklungsweise des ganzen Geschlechtes in seiner Entwicklung wiederhole, so spiegele sich in der Ausbildung des geistigen Lebens bei dem Kinde diejenige der Menschheit wieder. Zu der Begründung seiner Annahme bezieht sich Verf. insbesondere auf die Entwicklung der Sprache, indem er, da Denken nur in Worten möglich sei, die Sprache an Stelle des Verstandes setzt. Wie das Kind anfänglich noch nicht sprechen könne, also noch keine entwickelten Begriffe habe, dann nur ganz allgemeine vage Begriffe sich bilde, was sich in der Redeweise kennzeichne, so hätten sich auch bei dem Menschengeschlechte überhaupt erst im Verlaufe von Jahrtausenden Begriffe und Worte gebildet. Die Magnus'sche Hypothese bezüglich der Entwicklung des Farbensinns wird beigezogen; der Daltonismus als Atavismus aufgefasst etc.

Karrer (Erlangen).

---

114) **Chvostek** (Wien): Ein Fall von Tuberkel im mittleren Drittel der linken vorderen Centralwindung. (Jahrb. f. Psych. IV. Bd. 1. H.)

Ein bisher gesunder Soldat (22 J.) bekam März 78. plötzlich einen epileptischen Anfall, an den sich in der Folge eine grössere Anzahl theils complet epileptischer, theils leicht epileptiformer Attaquen anschlossen. Letztere waren ausgezeichnet durch eine weniger starke Trübung des Bewusstseins, Herabsetzung der Reflexerregbarkeit und Convulsionen der rechten Gesichtshälfte und der rechten oberen Extremität. Gleich nach dem jedesmaligen Anfall beobachtete man eine leichte Parese der rechten oberen Extremität, eine Zunahme der schon bei der Aufnahme constatirten sehr leichten Parese der rechten Wangenzweige des Facialis und des Abweichens der Zunge nach rechts sowie Erweiterung der rechten Pupille und Kopfschmerzen — Erscheinungen, die meist nur einige Minuten bestehen und in ihrer jedesmaligen Intensität sich bis zum Tode gleichblieben. Auch bei den allgemeinen Convulsionen der schwereren Anfälle waren die Krämpfe in diesen Gebieten am stärksten und zeigte sich die Parese daselbst in gleicher Weise. Zweimal kam es zu kurzen Tobsuchtsanfällen, das 1. Mal im Anschluss an eine schwere Attaque, das 2. Mal ohne eine solche. Dabei zunehmender Verfall der Kräfte, im Juni Erscheinungen der Tuberkulose seitens der rechten Lunge und Pleura, im August des Darms und Peritoneums. Am 18. Sept. Tod.

Verf. schloss zunächst aus dem Symptomencomplexe auf eine Affektion der motorischen Rindenregion; sodann glaubte er bei dem Mangel von Aphasie und bei dem ausschliesslichen Ergriffensein der rechten Gesichtshälfte und rechten oberen Extremität in den leichteren Anfällen und bei ihrem stärkeren Ergriffensein in den heftigeren Attaquen den Sitz dieser Affektion in die mittleren Partien der linken Centralwindungen verlegen zu sollen und endlich war er bei dem Fehlen von Lähmungen in den Zwischenzeiten der Anfälle und dem raschen Schwinden der Parese nach denselben der Ansicht, dass der Tumor nur ein die Hirnrinde blos reizender, nicht zerstörender sein könne. Die tuberkulöse Natur desselben wurde aus der Abmagerung und der rumänischen Nationalität des Kranken erschlossen. Die Sektion bestätigte diese Diagnose.

Gottlob (Grafenberg).

---

115) **Carlyle Johnstone:** A Case of Brain Tumour. (Ein Fall von Hirntumor). (Edinb. med. Journ. Dezember 1882.)

Die 50jährige Patientin hatte 2 Jahre vor der Aufnahme (20. IV. 82) einen „Anfall“ erlitten; ein Jahr darnach traten Symptome geistiger Störung (Stumpfsinn, Wahnideen) zu Tage, dazu gesellten sich schliesslich auch Sprachstörungen und Muskelschwäche. Pat. war unfähig zu stehen oder zu gehen. Rechtsseitige Facialisparese, Articulations- und Schlingbeschwerden, Mangel der Coordination, Geistesschwäche, amnestische Aphasie bestanden. Nachdem bezüglich aller Symptome bis Ende Mai eine beträchtliche Besserung zu constatiren gewesen war, trat mit Anfang Juni erneute Verschlimmerung ein, es gesellten sich auch Respirationsstörungen hinzu und der Urin wurde zuckerhaltig. Der Tod erfolgte im epileptiformen Anfalle. Ausser beträchtlichem Hydrocephalus internus ergab die Section einen $1^1/_2$ Zoll langen $^3/_4$—1 Zoll breiten und $^3/_4$ Zoll dicken Tumor im vierten Ventrikel.

Karrer (Erlangen).

---

116) **Langer** (Wien): Ein Fall von ausgebreiteter progressiver Muskelatrophie mit paralytischer Lendenlordose. (Arch. f. klin. Medic. Bd. 37.)

Ambros W. bemerkte 6 Monate nach einer heftigen Erkältung eine zunehmende Abmagerung an den Oberarmen und Schultern, nach 9 Monaten auch an den Oberschenkeln. Er ermüdete leicht, konnte seinem Berufe als Friseur nicht mehr nachgehen und den Körper nicht mehr in der Art aufrichten wie früher. Es trat eine Stellung des Rumpfes nach rückwärts ein. November 1878 wurde er in die Klinik aufgenommen. Dort blieb der Status im Allgemeinen derselbe 4 Jahre lang: sämmtliche Skeletmuskeln, ausgenommen die der Unterarme und Unterschenkel, zeigten sich als mehr oder weniger atrophirt, theilweise vollkommen geschwunden. Die faradische und galvanische Erregbarkeit war mit Ausnahme an den Unterarmen und Unterschenkeln theils sehr herabgesetzt theils gänzlich erloschen. Die faradische Reflexerregbarkeit erschien erhöht; an den Stellen wo die Electroden applicirt

worden, erfolgte beim Faradisiren eine profuse Schweisssecretion. Die Lendenwirbelsäule war enorm lordotisch verkrümmt. Die Körperlänge betrug 164 Ctm. gegen früher 176 in liegender und nur 150 in aufrechter Stellung; die Beckenneigung war vermehrt, der Abstand des processus xyphoid. sterni von der Symphyse betrug bei Rückenlage 35 im Stehen 43 Ctm. Um das Gleichgewicht beim Stehen zu erhalten mussten die Arme nach hinten gebracht und der eine Fuss vorgesetzt werden, beim Gehen wurde der Kopf steif nach hinten gehalten, die Arme über den Rücken gekreuzt und die Beine in den Hüft- und Kniegelenken dauernd gebeugt. — Der Fall kam nicht zur Section, doch glaubt Verf. mit Rücksicht auf die eigenthümliche Vertheilung der Atrophie eine neuropathische Genese annehmen zu müssen.

Anatomisch bildet der beschriebene Fall insofern Interesse, als er über die Mechanik, wie die paralytische Lendenlordose zu Stande kommt, Auskunft gibt. Nach H. Meyer ist die Wirbelsäule im Stande sich selber zu tragen, während Duchenne die aufrechte Wirbelsäulenhaltung als resultirende antagonistische Muskelwirkung auffasst. Dass die letztere Ansicht die richtige ist, beweist die hochgradige Verkrümmung im vorliegenden Falle, bei welchem die Haltung der Wirbelsäule nur auf Knochen und Bänderhemmung angewiesen und die Thätigkeit der Bauch- und Rückenmuskulatur eliminirt war.

Eickholt (Grafenberg).

---

117) **P. Bender:** Ein Beitrag zum Kapitel der Hirnverletzung.
(D. med. Wochenschr. Nro. 50 und 51. 82.)

Ein 28j. Mann erhält einen Schlag mit einem eisernen Instrument auf den Kopf und stürzt sofort bewusstlos zusammen. Am andern Tage Wohlbefinden nur geringe motorische Schwäche im rechten Arm. Am Abend plötzlich Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit. In der nächsten Zeit wird Arm und Hand immer weniger beweglich. Als sich Pat. 5 Tage nach der Verletzung in das Krankenhaus aufnehmen lässt, wird ausser dieser Parese Sprachstörung constatirt. Die Worte werden nicht fliessend aneinander gereiht, sondern einzeln, gewaltsam herausgestossen. Sämmtliche Buchstaben können dabei für sich gut ausgesprochen werden. Das Sensorium ist durchaus intact. Der rechte Arm wird gewöhnlich ruhig gehalten, kann aber auf Verlangen im Schulter und Ellenbogengelenk noch gut bewegt werden, während im Handgelenk nur ganz geringe Bewegung und Streckung ausgeführt werden kann. Muskelkraft des rechten Armes sehr geschwächt. An demselben Tage werden mehrere Krampfanfälle von 2—3 Minuten Dauer beobachtet: Rechter Arm und rechtes Bein zucken besonders, Gesicht nicht auffallend betheiligt, Bewusstsein erhalten. Am nächsten Tage hat sich eine deutliche rechtsseitige Facialis-Parese ausgebildet und zwar besonders in den unteren Partieen. Die Bewegungsstörung des rechten Arms hat zugenommen. Sensibilität an demselben erheblich herabgesetzt, namentlich an Hand und Fingern. Im Laufe der nächsten Tage stellt sich dann noch Parese und fast völliges Erlöschen der Sensibilität des rechten Beins ein. Sehnenreflex am rechten Bein vorhanden, Hautreflex dagegen geschwunden. Zuletzt Benommenheit, Verlangsamung der Puls-Frequenz (von 120—130 auf 70) Tod nach 16 Tagen im Coma. Die Temp. hatte zwischen 38,5 und 39,3 geschwankt. Die Wunde zog sich in einer Ausdehnung von 4 Cm. von vorn nach hinten und

unten über das linke Scheitelbein. In der Tiefe derselben war ein Knochendefect sichtbar.

Einzelne Knochensplitter hatten die Dura durchtrennt und die Hirnoberfläche gequetscht, bei der Erweiterung der Wunde hatte sich wenig Eiter und zertrümmerte Hirnsubstanz entleert. *Section*: Hirnabscess im linken Scheitellappen, 8 Cm. lang, 3—4 Cm. breit und tief, bis an das hintere Ende des Streifenhügels reichend. Ausgangspunkt der mittlere Theil beider Centralwindungen. In der Umgebung ist die Hirnsubstanz erweicht, so dass der ganze Herd von vorn nach hinten eine Ausdehnung von 12 Cm. erreicht nur 3 Cm. von der Spitze des Stirnlappens entfernt bleibt.

II. 36 j. Mann. Schlag mit einem schweren Krückstock gegen die Stirn. Sofortige Bewusstlosigkeit. In der Mitte der Stirn, etwas nach links Wunde mit Knochensplitterung. Siebbein fracturirt. Beim Athmen, durch die Nase strömt die Luft durch die Siebbeinzellen nach aussen. *Aphasie.* Heilung der Wunde nach 4 Wochen. Die Aphasie nimmt in dieser Zeit allmälig ab, die Sprache wird aber doch nicht mehr so geläufig wie früher. „Man hatte den Eindruck, als ob namentlich das Coordinationscentrum der Sprache gelitten habe."

Das Geruchsvermögen blieb herabgesetzt. Verf. nimmt ausser der sichtbaren Verletzung noch einen Bluterguss in die 3. linke Stirnwindung an.

III. Der 18. j. Pat. hatte aus ganz kurzer Entfernung von hinten her einen Flintenschuss in den Kopf bekommen war sofort umgefallen und einige Zeit bewusstlos geblieben. Hinter dem rechten Ohr 4½ Ctm. über der Spitze des Warzenfortsatzes und etwa 3 Cm. nach hinten von der Ohröffnung zeigte sich im Schädel ein eiförmiger Defect von 1½, resp. 1 Ctm. Durchmesser. Bald nach der Verletzung Schwindel, Ohrensausen, viel Erbrechen. Diese Symptomen bleiben mit Ausnahme des Erbrechens, das sich am nächsten Tage verliert, längere Zeit bestehen, dazu gesellt sich intermittirender, sehr heftiger Schmerz an einer circumskripten Stelle des rechten Stirnbeins. Gehör auf dem rechten Ohr nicht nachweisbar vermindert. Aus dem rechten Nasenloch anfänglich häufige Blutung. Geruchsvermögen daselbst nicht aufgehoben.

Völlige Heilung. Verf. nimmt an, dass sich die Kugel in der rechten vorderen Schädelgrube eingebettet hat.

IV. 39 j. Arbeiter. Kopfwunde hinter und über dem linken Ohr bis auf den Knochen, der intact scheint. Der rechte Arm wird völlig ruhig gehalten. Bei passiver Erhebung desselben lebhafte Schmerzäusserung. Das rechte Bein etwas paretisch. *Section:* Diffuse frische Entzündung der Pia über der rechten Hirnhälfte. In dem unteren Abschnitte der Centralwindungen 2 etwa 1 qcm. breite und 2—3 Mm. in die Tiefe dringenden Hämorrhagien. Der Knochen zeigt an der Stelle der Verletzung nur einen Sprung der Glastafel.

Kron (Berlin).

---

118) C. **Wernicke** (Berlin): Ueber eine noch nicht bekannte Form schwerer Neurose. (Vortr. in der Berl. med. Gesellsch. am 6. Dez. 82. D. med. Wochenschr. Nro. 5. 3. 82.)

Bei einem 25 j. Manne hatte sich im Verlaufe von 15 Jahren langsam und allmählig ein eigenartiger Symptomencomplex, von unten nach oben aufsteigend, entwickelt. Zuerst trat Contractur der linken Wadenmuskeln auf mit Varo-equinus-Stellung des Fusses. 3 Jahre

später hatten sich die tonischen Spasmen über beide Unterextremitäten erstreckt. Eine halbatactische Fortbewegung war aber noch möglich. Sensibilität intact. Vor etwa 2—3 Jahren (die Beobachtung geschah immer mit längern Intervallen) zeigten sich zeitweise Opisthotonus und tonische Krämpfe in den Armen, besonders links, später auch in der rechten Schultermuskulatur und dem linken Platysma myoid. Von den angewandten Mitteln hatte nur Curare einen vorübergehenden (wochenlangen) Erfolg. Zur Zeit der Mittheilung ist fast die gesammte willkührliche Muskulatur von tonischen Krämpfen ergriffen. „Dieselben hatten einen ähnlichen Character, wie etwa im Tetanus, d. h. sie traten ruckweise ein, hielten eine gewisse Zeit lang an, nur dass die Dauer der einzelnen Stösse nicht so lang war. Ebenso war das Kraftmass der Contraction nicht so bedeutend, obwohl es doch genügte, immer eine Erschütterung des ganzen Körpers herbeizuführen. Der Kranke befand sich in der Stellung eines exquisiten Opisthotonus. Demzufolge lag er auf dem Bette mit dem Bauch auf, mit dem Operkörper nach rückwärts gekrümmt und bediente sich seiner Arme, welche verhältnissmässig noch frei geblieben waren, um sich auf dem Bettrand zu stützen.“ — Die Erschütterung des Körpers erfolgte nicht auf einmal wie beim Tetanus, die verschiedenen Muskelgruppen contrahirten sich vielmehr mit zeitlichen Unterschieden. Die nicht schmerzhaften, vielmehr nur einigermassen unangenehm empfundenen Spasmen bestanden fast continuirlich mit nur geringen Pausen, cessirten aber während des Schlafes. Die Zwerchfellsmuskeln waren dabei betheiligt. Von den durch Gehirnnerven versorgten Muskeln war nur das linke Platysma ergriffen. Die Varo-equinus-Stellung des linken Fusses bestand noch und zwar irreparabel. — Der tonische Character der Krämpfe weist mit Wahrscheinlichkeit auf einen spinalen Ursprung hin. W. nimmt keine palpable organische Veränderung im Centralnervensystem an, hält es vielmehr für wahrscheinlich, dass es sich um eine schwere Neurose handelt und findet sich in dieser Ansicht durch den Umstand bestärkt, dass bereits 2 Brüder des Pat. im Alter von 8 resp. 9 Jahren von derselben Krankheit befallen worden waren. Beide sind im Verlaufe derselben gestorben, der eine an [Deglutitions?] Pneumonie. Section wurde nicht gemacht.

Kron (Berlin).

---

119) **F. Ganghofner** (Prag): Zwei Fälle von bleibender Facialislähmung, bedingt durch chronisch entzündliche Processe der Schädelbasis. (Prag. med. Wochenschr. Nro. 52, 1882.)

1) Adolf B., 45 J. alt, klagt über Schmerzanfälle in der l. Supraorbitalgegend, totale rechtsseitige Facialislähmung mit partieller Contractur, bes. im rechtsseitigen Orbicularis; datirt seit 1878, wo Pat. auf dem r. Auge erblindete. R. Auge zeigt Exophthalmus, rechte Pupille enger als die linke, jedoch lebhaft reagirend. Sensibilität im Gesichte normal. Hautreflexe rechts weniger deutlich; leichte Herabsetzung der galv. u. farad. Erregbarkeit rechterseits. Bei galv. directer Muskelreizung rechts deutliche Spuren von Entartungsreaction. Atrophia

N. optici. Es wurde eruirt, dass Pat. vor 4 Jahren unter äusserst schweren Erscheinungen erkrankt war: heftige Schmerzen in der ganzen rechten Kopfhälfte, im Hinterhaupt, Steifigkeit des Nackens und der Wirbelsäule. Verlust des Sehvermögens rechts, hochgradige Schwerhörigkeit. Anfangs konnte Pat. das rechte obere Augenlid nicht heben, später im Gegentheil es nicht schliessen. 6 Monate lang lag Pat. im Bette. Nach 3 Jahren begann sich das r. Auge wieder mehr zu schliessen. Ulcus vor 23 Jahren ohne secundäre Folgen. Dr. Schenkl constatirte damals: Ptosis des rechten oberen Augenlids, Lähmung sämmtlicher Aeste des rechtsseitigen Oculomotorius, Lähmung des rechten Abducens und Trochlearis, Exophthalmus des r. Bulbus, Atrophie der r. Papilla n. opt., Sehschärfe o. Totale rechtsseitige Facialisparalyse, aufgehobene electromuskuläre Contractilität für den farad. Strom im Bereiche des r. Facialis, rechtsseitige Trigeminusneuralgie. Extremitätenlähmung nicht vorhanden. Die Annahme eines basalen Tumors wird wegen ziemlich schnellen Rückgängigwerdens der schweren Erscheinungen zurückgewiesen; es ist daher nur an chron. Meningitis zu denken. Die Möglichkeit einer luetischen Affection ist nicht ganz zu leugnen, doch fehlen dem Verf. für die Annahme eines Gumma der Schädelbasis mit consecutiver Meningitis ausser dem ulcus beweisende Anhaltspunkte. Ueber die Natur der chronischen wie subacut verlaufenden Meningitis lässt sich daher nichts Bestimmtes aussagen. Die Facialislähmung bietet sonst die Verhältnisse wie bei peripherer Lähmung.

2) Josef B., 76 J. alt, klagt darüber, dass er seit einiger Zeit das l. Auge nicht zu öffnen vermöge; seit 6 Jahren bestehe Schiefstellung des Gesichtes. Vor 5 Jahren leichter Schlaganfall; Sprache sei dadurch beeinträchtigt, r. obere Extremität auffallend schwach gewesen, Schmerzen u. Nebelsehen im l. Auge. Vor 40 Jahren Gehirnentzündung, Gedächtnissschwäche. Im Gesichte Assymetrie, indem l. Mundwinkel nach aussen und oben gezogen war. Platysma l. in Contractionszustand, l. Auge geschlossen. Es besteht totale linksseitige Facialisparalyse mit Contractur der gelähmten Muskeln. L. Bulbus nach aussen gestellt, Bewegungen bedeutend behindert. Pupillen gleich. Faradische Erregbarkeit in linker Gesichtshälfte stark herabgesetzt. Die Facialislähmung trug die wesentlichsten Charaktere einer peripheren Lähmung, dazu Oculomotoriuslähmung derselben Seite, wodurch eine intracranielle Erkrankung wahrscheinlich. Verf. nimmt einen chronisch entzündlichen Process an der Schädelbasis als wahrscheinlich an; allenfalls könnte man an Pachymeningitis haemorrhagica denken. Die Oculomotoriuslähmung ging nach 17 Tagen zurück. Pat. entzog sich der weiteren Beobachtung. Eine Analogie zwischen den beiden Fällen liegt in der Lähmung des Facialis und Oculomotorius derselben Seite; erstere ist total und führt zur Contractur. Oculomotoriuslähmung schwindet spontan, Facialislähmung ist permanent. In beiden Fällen wird chron. Basilarmeningitis vermuthet. Goldstein (Aachen).

120) **J. Holst** (Dorpat): Neuralgie des Trigeminus, geheilt durch Amputation der Vaginalportion. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1882. Nro. 1.)

Verf. berichtet über eine Dame, die nach einem kalten Bade im 16. Lebensjahre $^3/_4$ Jahre lang die Menstruation verlor. Bei Wiedereintritt derselben heftige rechtsseitige Trigeminusneuralgie im 2. und 3. Aste; die Pat. war seitdem sehr unregelmässig menstruirt. Portio cervical. mässig geschwellt und indurirt, Catarrh des cervix mit hochgradiger Schwellung der Follikel. Die Amputation der Portio vag. heilte die Neuralgie, gegen welche 3 Jahre lang vergeblich vorgegangen war.

Goldstein (Aachen).

---

121) **Eberhard Klein** (Gross-Becskerep): Ueber ophthalmia neuroparalytica. (Szemészet Nro. 6. 1882.)

Verf. berichtet sehr ausführlich über 2 Kranken, bei denen er in der Lage war die Initialstadien der ophthalmia neuroparalytica zu einer Zeit wahrzunehmen, in der sie sonst der Aufmerksamkeit entgeht.

In einem Falle gesellte sich bei einem 2 Jahre alten Mädchen zum hydrocephalus chronicus das Leiden, im zweiten entwickelte es sich bei einem marantischen Individuum von 50 Jahren. Im 1. Falle war der Druck auf die Augennerven intracraniell und verminderte so ihre Leistungs-Fähigkeit; da das collaterale Oedem eine variable Pression auf die Nerven ausübte, schwankten auch die trophischen Störungen am Auge ganz auffallend. Am l. Auge waren im Beginne Ptosis, Mydriasis, Empfindungs-Abnahme der Cornea und Conjunctiva, Verminderung der Thränenabsonderung vorhanden. Zuletzt aber verminderten sich die Erscheinungen von Seiten der sensiblen Trigeminuszweige wie auch des dritten Gehirnnervenpaares; die Parese ging sogar in Reizung über, was sich durch Spasmus im rectus superior et sphincter pupillae, sodann durch Hyperästhesie der Cornea und Conjunctiva verrieth.

Durch gehinderte Schliessung der Augen und continuirliches Ungedecktsein eines Theiles des Bulbus konnten kleine Noxen ungehindert einwirken und dadurch entzündliche Processe an der Cornea bewirken, welche sich sonst in gar Nichts von der gewöhnlichen Keratitis differenziren lassen; sie blieb superficiell weil das Kind rasch starb.

Im 2. Falle trat ohne nachweisbare Ursache Hyperämie in der Bindehaut des r. Auges auf, dann Conjunctivitis, ciliare Injektion um den unteren Rand der Cornea und am Limbus; Exfoliation des Epithels in der Mitte der Hornhaut erst oberflächlich dann bis in's Parenchym, mit Verdunkelung, concaven Geschwürs-Bildungen u. s. w.

In beiden Fällen aber entstand zufolge irgend eines Reizes primär eine Gefäss-Injection und secundär erst die Gewebs-Alteration; wenn jene unterdrückbar wäre, würde keine Exsudation und Necrose zu Stande kommen; Verf. verhinderte durch oft wiederholte Schliessung der Augen die Reizung durch äussere Eindrücke, und erzielte künstlich eben

solches Zurücktreten der Entzündungs-Erscheinungen, wie solches auch spontan zufolge des Spasmus in den Augenlidern eintrat.

Verf. zieht dann folgende Schlüsse mit Zugrundelegung der gesammten Casuistik solcher Fälle:

Die Keratitis neuroparalytica ist eine gewöhnliche Entzündung; selbst die microscopisch nachgewiesene Necrose (Feuer, Senftleben) ist nur ein Folgezustand. Hält man den Process durch Bedecken des Auges auf (Snellen) so komme keine Vereiterung des Bulbus vor.

Weiters ist die Krankheit rein traumatischen Ursprungs; die Luft allein ist im Stande als Reiz einzuwirken und die sehr empfindliche Cornea zu entzünden, allenfalls wenn irgend eine Disposition gleichzeitig mitwirkt.

Diese Disposition wird aber durch eine jede Veränderlichkeit der Nervenreizbarkeit bewirkt. Hohe Wärmegrade erhöhen dieselbe, niedere vermindern sie. Trockenheit nach Wasser-Entziehung (Thränenversiechung) Druck, Zerrung, Contusion wirken als Reize an und für sich, aber auch je nach Reizbarkeit des percipirenden und des leitenden Nervenapparates.

Die, durch welche Einflüsse immer in höheren Reizzustand versetzten Augennerven machen den Reiz vermöge ihrer Ueberempfindlichkeit wirkungsvoller, übergeben ihn nach Vermittlung der Internodien (Ganglien) den vasomotorischen Nerven, und die sodann entstehenden Nutritions-Störungen bewirken die Entzündung.

Bei acuter Progression der Reizbarkeit gehen alle diese Processe rasch von Statten; bei marantischen Personen erfolgen sie stossweise und langsam.

Zumeist veranlassen länger währende fieberhafte Erkrankungen ophth. neuroparalytica; seltener der Säfteverlust nach Cholera; am seltensten schlechte Ernährung. Die *ophtalmia brasiliana* der Sclavenkinder soll dadurch entstehen.

Auch durch Druck von Neoplasmen entsteht reflektorischer Reiz und selbst neuritische Exsudate steigern die Reizempfänglichkeit; auf dieser Basis entsteht sehr häufig die ophthalm. neuroparalytica.

Endlich findet Verf. die Annahme des Zugrundegehens der von ihm bestrittenen trophischen Nerven für irrig und überflüssig, da dieselben keine wichtigeren Functionen haben könnten, wenn sie auch existirten, als die vasomotorischen Nerven, welche die minimalen Reize reflectorisch aufnehmen und sie so potenziren, dass selbe durch diese Zunahme zur Production einer Entzündung genügend stark werden.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn.)

---

122) **Coloman Müller** (Budapest): Ueber nervöse Dyspepsie. (Orvosi Hetilap Nro. 48, 49, 1882.)

Nach Verf. ist die nervöse Dyspepsie, bei welcher ohne Structurveränderung der Magenwand bedeutende Verdauungsstörungen eintreten, eine reine *Innervationsstörung*. Manchmal ist sie bloss Symptom der Neurasthenie, zuweilen aber auch eine Krankheit sui generis. Ihre Symptome erinnern zumeist an jene des chron. Magencatarrhes. An der

Zunge jedoch stösst man kaum auf den dicken klebrigen, Kleister ähnlichen Belag des chron. Catarrhs. Anfallsweise Kopfschmerzen und Gehirndruck sind häufig. Cardinal-Symptom ist aber die schmerzhafte Verdauung, Anspannung der Bauchmuskeln, gebeugte Körperhaltung, die sich nur nach Einstellen mehrfacher Ructus verlieren.

Die Beschwerden sind blos subjectiv; die Magenpumpe und andere objective Untersuchung ergibt negative Resultate.

Psychische Einwirkungen, alles was das Nervensystem reizt oder deprimirt, können als unmittelbare Ursache figuriren. Sie kommt öfter in Städten als auf dem Lande, mehr in der bemittelten gebildeten Classe als in den unteren Volksschichten vor.

Die Diagnose wird oft ex juvantibus et nocentibus gestellt. Die Prognose ist zumeist günstig. Moralische Diätetik, Gebirgsluft, Kaltwasserkur, Seebäder bessern den Zustand.

Das Wesen der Krankheit besteht in einer gleichzeitigen Abnormität der sensitiven, motorischen und secretorischen Nerven.

Ob sie centralen oder peripheren Ursprunges ist, muss vorderhand als offene Frage betrachtet werden.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

123) **Bernhardt** (Berlin): Abnorme electrische Erregbarkeitsverhältnisse in einem Falle von (progressiver) Muskelatrophie. (Zeitschr. für klin. Medicin. Bd. V. H. 1.)

Zunehmende Schwäche des linken Armes, Atrophie der Handmusculatur und der des Vorderarms namentlich auf der Ulnarseite, erhebliche Sensibilitätsstörungen fehlten. Die electrische Untersuchung ergab folgendes: der linke N. ulnaris reagirte auf den Inductionsstrom gleich oder sogar noch früher als auf der gesunden Seite. In Bezug auf den constanten Strom fand sich eine eigenthümlich erhöhte und veränderte Erregbarkeit auf der kranken Seite. Am frühesten trat ASz auf, ihr folgte nicht die KaSz sondern die KaOz sodann Ka Sz oder die AOz während ein KaSte nicht zu erzielen war. Die Erregbarkeit der Mm. interossei war dagegen für den Inductionsstrom erheblich vermindert. Oeffnungszuckungen liessen sich nicht erzielen; von den Schliessungszuckungen traten die bei KaS erzielten immer etwas früher ein als die durch die AS erzeugten. Im Verlauf einiger Monate verwischte sich der Anfangs in so auffallender Weise vertretene abnorme Typus der Reactionen, namentlich traten die Kathodenöffnungszuckungen etwas zurück.

Verf. begnügt sich mit der Mittheilung der gefundenen Thatsachen ohne weitere Erklärungen für den eigenthümlichen Befund des qualitativ veränderten Zuckungsgesetztes im Nerven geben zu können.

Eickholt (Grafenberg).

---

124) **Eduard N. Brush** (New York): A Case of Cerebral Hyperaemia with Delirium following sudden Change of Temprature. (Ueber einen Fall von Hirnhyperaemie und Delirien durch plötzlichen Temperaturwechsel). (Amer. Journ. of Insan. Juli 1882.)

Es handelt sich um einen kräftigen 23 jährigen Fleischerge-

sellen, der erhitzt und dünnbekleidet bei — 28^0 C. etwa eine Stunde fuhr, und dann wieder in erwärmte Räume kam. Bald darnach traten Kopfschmerzen, Frost, Schwindel und schliesslich völlige Verwirrtheit und blinde Gewaltthätigkeit auf. Nach 3 stündiger Aethernarcose wurde Pat. in die Irrenanstalt verbracht; erhielt dort ein warmes Bad mit kalten Ueberschlägen auf den Kopf, dann Bromkalium. Nach 12 stündiger Dauer des Anfalles kam allmälig das Bewusstsein wieder, nach 14 Stunden trat Schlaf ein und nach 24 war Pat. wieder bei vollem Bewusstsein und innerhalb dreier Tage völlig erholt.

In den angefügten Bemerkungen bezieht sich Verf. auf die Fälle von Schwarzer, Krafft-Ebing und Reich.

Karrer (Erlangen).

---

125) **E.Rogers** (Indianopolis): Some peculiar Effect of Cinchonia. (Ueber besondere Wirkungen von Cinchonin). (Amer. Journ. of Insan. Juli 1882.)

Verf. hat sowohl an sich selbst, als auch an Anderen die Erfahrung gemacht, dass Gaben von etwa 1 gramm Cinchonin Herzschwäche, Unregelmässigkeit des Pulses, allgemeine Muskelschwäche und Tremor, ferner völlige Accomodationslähmung erzeugen. Bei Kindern kam nach einer Stunde Scharlachähnliches Erythem der Haut, welches nach 2 Stunden von grosser länger andauernden Blässe gefolgt war.

Verf. wendet das Mittel mit Erfolg an bei fieberhaften Zuständen mit cerebrospinaler Congestion und den mehr sthenischen Fällen acuter Manie. Karrer (Erlangen).

---

126) **Cohn** (Berlin): Ueber die Psychosen im kindlichen Alter. (Sep.-Abdruck aus dem Archiv für Kinderheilkunde. IV. Bd.)

Monographie mit ausführlicher Berücksichtigung der Statistik und Literatur. Psychische Erkrankungen, welche gleich nach der Geburt auftreten, können sich nur in Störungen der reflectorischen Bewegungen äussern (Convulsionen). Irresein bei einem Kinde in einem Alter, in welchem die Sinnessphäre noch nicht entwickelt ist, wird nur in motorischer Action (Tobsucht) bestehen können und ihr Analogon in Tobsuchtsanfällen mancher Thiere finden. Sobald beim Kinde die Sinnessphäre entwickelt ist, können auch Störungen der sinnlichen Vorstellungen auftreten. Sinnestäuschungen sind in diesen Fällen sehr häufig und besteht die Hallucination beim Mangel jeder Reflexion ohne Gegenwirkung des Organismus selbst als eine Realität. Bei der Aetiologie werden praedisponirende und occasionelle Ursachen unterschieden. Bis zum 6. Lebensjahre sind Psychosen selten. Eine wesentliche Rolle spielt die erbliche Belastung. Unter den occasionellen Ursachen sind psychische und somatische zu unterscheiden. Die ersteren spielen gerade im kindlichen Alter eine grosse Rolle; von den somatischen Ursachen kommen namentlich die acuten fieberhaften Krankheiten und die Vorgänge bei der Pubertät in Betracht.

Verf. unterscheidet A. functionelle B. organische Psychosen. Die ersteren, welche ausschliesslich behandelt werden theilt er ein in 1)

Neurosen mit Ausgang in Psychosen (Chorea, Epilepsie, Hysterie). 2) Eigentliche Psychosen (Hallucinationen, Hypochondrie, Melancholie, Manie, Verrücktheit, Moral insanity). Organische Psychosen sind solche, bei denen eine Affection der Centralorgane als Ursache der Psychosen nachgewiesen werden kann. Den einzelnen Gruppen wird eine ausführliche Schilderung zu Theil auf Grund eigener Beobachtungen und unter Berücksichtigung der in der Literatur bekannt gewordenen Fälle. Eickholt (Grafenberg).

---

127) **Holländer** (Wien): Zur Lehre von der Moral insanity. (Jahrb. f. Psych. IV. Bd. I. H.)

Bei der heutigen Anschauung von dieser Lehre wird ein Hauptgewicht auf den Defekt altruistischer Gefühle bei invalider Hirnorganisation gelegt. Die Empfänglichkeit für Gefühle dieser Art scheint jedoch keine so allgemein verbreitete Eigenschaft des Menschengeschlechtes zu sein, wie es jene Ansicht voraussetzen muss, um aus dem Mangel derselben den Symptomencomplex der Moral insanity abzuleiten. Ein geeignetes Moment für die Erklärung eines sittlich incorrecten Handelns bietet vielmehr der Grössenwahn, auch wenn er in nicht fixirter Form in die Erscheinung tritt. Ein ausgesprochenes Machtgefühl, sei es auf realer oder krankhafter Basis entstanden, führt immer, wenn nicht durch äussere Verhältnisse gezügelt, zu einem aggressiven, egoistischen Auftreten des Individuums. Verf. erläutert dies durch die Beschreibung eines Falles aus seiner Beobachtung, führt aus der Geschichte mehrere Pendants (Caligula, Nero etc.) an und erinnert an die masslosen Ausschreitungen des Paralytikers und an diejenige Phase der hallucinatorischen Verwirrtheit, wo eine maniakalische Erregung ohne grellere Delirien im Krankheitsbilde dominirt und erst mit dem Schwinden des Grössenwahn's sich das frühere geordnete Verhalten des Individuums wieder einstellt. Er entwickelt endlich, dass auch in denjenigen pathologischen Zuständen, die unter den Begriff „reizbare Schwäche" fallen (Hysterie, Hypochondrie etc.) und denen sich öfter sittliche Incorrektheit associirt, bei der gesteigerten Intensität der Empfindung eine solche krankhafte Selbstüberschätzung enstehen kann.

Gottlob (Grafenberg).

III. Vereinsberichte.

I. Academie des Sciences zu Paris.

Januar, Februar, März 1882. (Le Progrès méd. 1882. Nro. 48.)

128) **Charcot:** Ueber die verschiedenen nervösen Zustände, welche bei Hysterischen durch die Hypnotisation hervorgerufen werden. — Die Procedur des Hypnotisirens hat 3 Zustände bei den Hysterischen zur Folge: 1) Der *kataleptische* Zustand, welcher aus einer brüsken Reizung des Gesichts, Gehörs und Gefühls resultirt; 2) der *lethargische* Zustand, herrührend von langsamen Reizen (Fixation des Blickes, Compression der Augen u. s. w.). Zu diesem Zustande wird auch die Hyperexci-

tabilität der Muskeln beobachtet; 3) der *somnambule* Zustand, welcher durch leises Streichen des Kopfes der in den vorgenannten Zuständen befindlichen Individuen erzeugt wird. In dieser Periode gelingt es auch, die maschinenmässige Thätigkeit (Automatismus) hervorzurufen.

129) **Vulpian**: *Wirkung grosser Strychnindosen auf die motorischen Nerven der Säugethiere.*

Beim Frosche hemmen bekanntlich starke Strychnindosen die Thätigkeit der motorischen Nerven. Ob ein gleicher Effekt auch bei Säugethieren erreicht wird, konnte bisher nicht festgestellt werden. Richet gelangte zu keinem positiven Resultate, indem er bis zu einem halben Gramm in die Vene eines Hundes injicirte. Dagegen gelang es Vulpian, denselben lähmenden Effekt hervorzubringen, indem er einem Thiere mit unterbundener Vena cruralis, Strychnin durch die Arteria cruralis injicirte.

130) **Couty**: *Ueber die Analogie der centralen und der corticalen Hirnläsionen.*

C. hat an Thieren, vornehmlich an Affen, zahlreiche Untersuchungen angestellt. Nach denselben ist es schwierig zu begreifen, wie die Hirnwindungen der Sitz der Localisationen sein können, da feststeht, dass die in den centralen Hirnpartien hervorgebrachten Läsionen genau dieselben Störungen zeigen, welche durch Verletzung der Hirnwindungen selbst verursacht werden.

131) **Bert** und **Laffont**: *Einfluss des Nervensystems auf die Lymphgefässe.*

Indem die Verf. die Chylusgefässe eines in lauwarmes Wasser gestellten Hundes reizten, sahen sie dieselben sich verengern. Dagegen trat Anschwellung der Lymphgefässe ein bei Reizung der Splanchnici. Nach Durchschneidung der Vagi erhält man wiederum Verengerung. Bei curarisirten Thieren ist die Erweiterung constant, wenn man den N. mesentericus reizt.

II. Société anatomique zu Paris.

Sitzung vom 24. Febr 1882.

132) **Renault**: *Tuberkel des Pons.* Ein 47jähriger, nie syphilitisch gewesener Kutscher, wurde vor einem Jahre von einer Lähmung des rechten Armes befallen, dazu gesellten sich Husten, Blutauswurf, Appetitlosigkeit und Abmagerung. Allmälig trat eine mässige Besserung der eben genannten Symptome ein. — Drei Tage vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus machten sich Störungen von Seiten der Sprache und Augen bemerkbar. Pat. konnte die Worte nicht articuliren; die Sprache war näselnd. Keine Lähmung des Gaumensegels und des Kehlkopfs. Vorübergehende Diploplie und Amblyopie. Keine Ptosis oder Deviation der Augen. Pupillen normal. Intelligenz ungestört. Sensibilität und Motilität intact bis auf mässige Parese des rechten Armes. Die physikalische Untersuchung ergiebt Infiltration der Lungenspitzen. — Hochgradiger Kräfteverfall und 6 Tage nach der Aufnahme Exitus letalis.

Bei der Autopsie findet sich ausser tuberkuloser Infiltration der Lungen im Pons ein linsengrosser Tumor. Derselbe liegt rechts, in der oberen Partie, ist grau gefärbt und etwas consistenter als das ihn umgebende Nervengewebe. — Besonders bemerkenswerth in diesem Falle ist das Fehlen der alternirenden Hemiplegie und der conjugirten Deviation der Augen.

III. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 2. Decbr. 1882. (Le Progrès méd. Nro. 49.)

133) **Bochefontaine:** *Pathogenese der traumatischen Gehirnblutungen.*

B. zeigt einen Pons mit grossem hämorrhagischen Herde in seinem centralen Theile. Dieses Präparat gehört einem Manne an, der in Folge eines Falles auf der Strasse plötzlich verstorben ist. An der Oberfläche des Mittelhirns, sowie auf dem Boden des Ventrikels keine Spur von sichtbarer Contusion.

B. schliesst aus dieser Beobachtung, dass die Duret'sche Theorie über die Bedeutung, welche der Cerebrospinalflüssigkeit in dem Mechanismus der traumatischen Hirnhämorrhagien zukommt, nicht exact ist. Er hält die plötzliche Vermehrung des Druckes in den Blutgefässen als die alleinige Ursache der Hämorrhagie bei der cerebralen Contusion. — B. auch hat an Leichen diesbezügliche Experimente angestellt. Indem er heftige Schläge gegen den Schädel führte, beobachtete er jedes Mal nur locale Contusionen. — Laborde und Magnan halten die Experimente und Erklärungen von B. nicht für ausreichend und beweisend.

134) *Physiologie des Plexus solaris.* **Leven** kommt auf seine Untersuchungen (vergleiche dieses Centrlabl. 1883 pag. 21) — betreffend die Wirkung der Medicamente auf den Verdauungstractus — zurück. Diese Action besteht in dem Effekt der Reizung des Plexus solaris. Für die Congestion und Gasauftreibung des Magens ist allein der Plexus solaris verantwortlich zu machen. Als Beweis dafür ist die abnorme Empfindlichkeit bei Druck in der Gegend des Processus xyphoideus anzusehen.

400 klinische Beobachtungen haben L. gezeigt, dass der Dyspepsie meistens das Vorherrschen des nervösen Temperaments zu Grunde liegt. Dasselbe entwickelt sich in Folge directer oder reflectorischer Reizung des Plexus solaris. Hieraus ergiebt das therapeutische Verfahren. Durch Application von „Pointes de feu“ auf die Regio epigastrica hat L. in 4 Tagen einen an Bleikolik erkrankten Mann geheilt.

135) *Reflextaubheit.* **Gellé** hat nach Extraction eines cariösen Zahnes reflectorische Gehörsstörungen schwinden gesehen. Rabow (Berlin).

IV. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 26. Januar 1883. (Originalbericht.)

136) **v. Bamberger:** *Ueber einen Fall von multipler halbseitiger Hirnnervenlähmung.*

Patientin ist 53 Jahre alt, seit 4 Jahren im Klimakterium, mit Ausnahme von Blattern im 20. Jahre immer gesund gewesen.

Seit Frühjahr 1880 heftige Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte, besonders Nachts. Ende 1880 rechtsseitige Facialisparese dann Schielen des rechten Auges nach innen, und später Entzündung des Bulbus.

Gegenwärtig besteht rechts vollständige Facialislähmung, Ptosis und Gaumensegellähmung; die gesammte rechte Zungenhälfte ist fast unempfindlich gegen Tast- und Geschmackseindrücke. Das rechte Auge vollständig unbeweglich, seine Conjunctiva injicirt. Die Hornhaut partiell getrübt; das Sehvermögen relativ gut erhalten. Vollständige Anästhesie im Gebiete des rechten Trigeminus; Temporalis und Masseter dieser Seite atrophisch, Cucullaris und Sternocleido-Mastoideus paretisch, Entartungsreaction, Lähmung des rechten Stimmbandes und Anästhesie der Larynxschleimhaut. Auffallender Weise wird eine Uhr rechts weiter gehört als links, während die Schallleitung durch die Kopfknochen rechts merklich verschlechtert ist. Von den 12 Hirnnerven sind also 8 erkrankt und B. ist der Ansicht, dass ein einseitiger atrophirender Process an den rechten Nervenkernen am Boden der Rautengrube vorhanden sein müsse. Es handle sich jedoch nicht um eine Bulbärparalyse; besonders fehlt die Affektion des Hypoglossus, während Facialis in toto gelähmt ist.

Sitzung vom 9. Februar 1883.

137) **N. Weiss**: *Ein Fall von Pseudohypertrophie der Muskeln.*

Das 20jährige Mädchen war bis zu ihrem 16. Lebensjahre stets gesund. Dann stellte sich Schwäche der unteren Extremitäten, besonders beim Bergsteigen ein, dann Schwäche der oberen Extremitäten. In den letzten Monaten fiel es der Kranken und ihrer Umgebung auf, dass ihr Bauch immer mehr hervortrete, sodass mann sie für schwanger hielt. Die Schwester der Mutter soll an derselben Krankheit gelitten haben. An den oberen Extremitäten sind namentlich der Biceps und Brachialis internus, etwas weniger der Pectoralis maj. und Latissimus dorsi atrophirt. Die Muskeln des Bauches sind hochgradig erschlafft und stark atrophisch. Die Muskeln der Unterextremität fühlen sich starr an, und sind fast ausnahmslos hypertrophisch. Sämmtliche in Bezug auf ihr Volumen veränderten Muskeln — mit einziger Ausnahme der Wadenmuskeln — zeigen eine Herabsetzung ihrer Leistungsfähigkeit, hingegen ist bezüglich der elektrischen Erregbarkeit dieser Muskeln keine qualitative Veränderung nachzuweisen.

Die Patellarsehnenreflexe sind schwach. Die Achillelsehenreflexe beiderseits deutlich.

In der 24stündigen Harnmenge fanden sich 0,6325 gm. Kreatinin gegen 0,95 gm. unter normalen Verhältnissen.

Obersteiner (Oberdöbling bei Wien).

V. Versammlung der americanischen Irrenanstaltsdirectoren in Ohio am 30 Mai ff. 1882.

(Americ. Journ. of Insan. October 1882.)

138) Das Protocoll der Verhandlungen enthält neben dem Geschäftlichen wohl die genaue Mittheilung der Discussion, jedoch nicht die

der gehaltenen Vorträge. Letztere finden sich zum grössten Theile als selbstständige Aufsätze im gleichen Journale und sind zum Theile schon referirt.

Der erste von Dr. Hughes gehaltene Vortrag (anderweitig veröffentlicht) behandelte, wie sich aus der Discussion ergibt, einen Fall von Moral Insanity. Die ausgedehnte Discussion betraf hauptsächlich die Frage, ob der Fall mit Recht unter diese Krankheitsform gebracht werden könnte.

In der Discussion über den zweiten Vortrag von Dr. Buke „über die Entwicklung des Verstandes" (cf. Ref. 113 in diesem Blatte) bestritt Hughes mit Hinweis auf die Aphasie die Richtigkeit der Hypothese, dass ohne Worte keine Gedanken möglich seien.

M. Hurd's Vortrag „über die Behandlung des periodischen Irreseins" (cf. Ref. Nro. 86 dies. Jahrg.) veranlasste weitere Aeusserungen über das Thema. Dr. Nichols hatte bei circulärem Irresein, besonders bei anämischen Zuständen von grossen Gaben Chinin und darnach Eisen oft den Erfolg den Wechsel der Zustände aufzuheben. Bezüglich Coniums und Hyosciamins räth er zu grosser Vorsicht. Bestimmte Gesichtspunkte über die Entlassung der Kranken während der Intermissionen liessen sich kaum aufstellen. Dr. Goldsmith macht darauf aufmerksam, dass Frauen wegen der Gefahr der Gravidität nicht zur Entlassung sich eignen. Bei recurrirenden Manien war ihm in einigen Fällen Jodkalium in ziemlich grossen Dosen (bis 6,0 pro die) von Nutzen.

Während Dr. Dewey und Fisher nach den von ihnen gemachten Erfahrungen einem möglichst liberalen Verfahren bezüglich der Beurlaubung und Entlassung noch nicht völlig Geheilter oder scheinbar Unheilbarer das Wort redeten, vertrat Hughes einen im Ganzen entgegengesetzten Standpunkt und diess auch bezüglich der Entlassungen während des freien Intervalls bei circulärem Irresein. Die günstigen Wirkungen des amorphen Hyoscyamin Merk wurden auch von Dr. Strong gerühmt.

Dr. Deweys Vortrag „über verschiedenartige Anstalten für Geisteskranke" (cf. Ref. Nro. 638. Jahrg. 1882), fand ungetheilte Zustimmung. Aus der Discussion geht hervor, dass in America wie bei uns die Ueberfüllung der Anstalten immer drückender sich fühlbar macht und immer stärker das Bedürfniss an die Staaten herantritt, Abhilfe zu schaffen.

Ausser Dr. Rogers Vortrag „über gewisse Wirkungen des Cinchorins (cf. Referat 125), sprach Dr. Fisher noch über Guiteau. Eine Discussion folgte diesen Vorträgen nicht. Karrer (Erlangen).

VI. Verein der Budapester Aerzte.

(Sitzung vom 13. Januar 1883. (Originalbericht).

139) **Arpàd Bókai** (Budapest): *Heilung eines Falles von peripherer Epilepsie.*

Vortragender führte einen Apothekergehilfen vor, der wegen eines Abscesses in der l. Vola manus operirt worden war. Gleich nach

Eröffnung des Abscesses bekam er den ersten epilept. Anfall, welche mit dem Fortschritt der Cicatrisation immer häufiger wurden. Auf die Narbe ausgeübter Druck erzeugte immer Epilepsie, deren Eintritt der Patient direct verspürte und prophezeite. Kräftiger Druck machte den Anfall äusserst intensiv: Kranker wurde in die Luft geschleudert, hin und her geworfen etc. Nach Ausschneidung der Narbe hörte die Epilepsie auf. Ladislaus Pollák (Grosswardein, Ungarn).

IV. Preisaufgabe.

Die americanische Nourologische Gesellschaft bietet als „William A. Hammond Preis" funfhundert Dollar oder eine gleichwerthige goldene Medaille für die beste Arbeit *„über die Functionen des Thalamus beim Menschen"* unter folgenden Bedingungen an:

1. Zur Preisbewerbung sind alle Nationalitäten zugelassen.
2. Die Arbeit muss basirt sein auf Originalbeobachtungen an Menschen und Originalversuchen an niedern Thieren.
3. Sie kann verfasst sein in englischer, französischer oder deutscher Sprache; in letzterem Falle muss sie mit lateinischen Buchstaben geschrieben sein.
4. Letzter Termin der Einsendung 1. Februar 1884. Adresse Dr. E. C. Seguin, 41 West 20 the Street, New-York City.

Die übrigen Bedingungen (Name des Autors in wohl verschlossenem Couvert etc.) sind die üblichen.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt, 1. April, 1200 Mark, fr. Station. 2) Leubus, II. Arzt, 3000 M., freie Familienwohnung. Meld. bis 15. März an den Landeshauptmann von Schlesien Herrn von Uthmann in Breslau. 3) Sonnenstein, Anstaltsarzt (Rang als Hilfsarzt) 1800 M. 4) Asyl Carlsfeld, Assistenzarzt 1000 M. fr. St. 5) Owinsk, (prov. Irr.-Anst. Posen) Director; Meldung an den Oberpräsidenten Herrn von Guenther in Posen. 6) Die Kreisphysicate Burgk (Greiz), Delitsch (Merseburg), St. Goar (Koblenz), Lippstadt (Arnsberg), Salzwedel (Magdeburg), Wetzlar (Koblenz), Worbis (Erfurt).

Besetzte Stellen. Saargemünd, II. Assistenzarzt, Herr Dr. med. Haase aus Dresden. Wehnen, Assistenzarz., Herr Dr. W. Wagemann aus Göttingen. Ueckermünde, Director, Herr Dr. Siemens, bisher II. Arzt in Marburg.

Todesfälle. Sanitätsrath Dr. Heusner in Boppard, Physikus des Kreises St. Goar (nach seinem Tode erfolgte die Ernennung zum Geheimen Sanitätsrath). Med.-Rath Dr. Fromme in Münden. Med.-Rath Dr. Münchmeyer in Peine.

Druckfehler.

Pag. 107 Z. 10 von unten lies: Katalyse statt Katalepsie.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. | 1. April 1883. | Nro. 7.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Prof. H. Obersteiner: Ein Lipom des Plexus choroideus.

II. REFERATE. 140) Giacomini: Das Hackenbändchen am menschl. Gehirne. 141) L. Tenchini: Die graue Commissur des menschl. Gehirns. 142) Baginsky: Ueber die Function des Kleinhirns. 143) Emil Kräpelin: Ueber die Einwirkung einiger medicamentöser Stoffe auf die Dauer einfacher psychischer Vorgänge. 144) W. Moldenhauer: Ueber die einfache Reactionszeit einer Geruchsempfindung. 145) G. Buccola: Die zu einer Geruchswahrnehmung nöthige Zeit. 146) L. Vincenzi: Sklerose des Muldenblattes bei einem Epileptischen. 147) Ch. Labbé: Anomalien der Blutleiter der harten Hirnhaut. 148) S. Oschanski: Ueber den Schädeltypus von Mördern. 149) De Vincentiis: Conjugirter paralytischer Strabismus in Folge eines Tuberkels des Abducenskernes. 150) E. G. Johnson: Zur Kenntniss der Nervennaht und -Transplantation. 151) G. Altana: Die 3 Mikrocephalen von Biola. 152) Bogdan Flietner: Thermometrie des Ohres. 153) G. ter Meulen: Zum Verhalten der Reflexerregbarkeit und der Sehnenreflexe der paretischen Seite bei cerebraler Hemiplegie. 154) Die Sehnenreflexe bei Pellagrösen. 155) Greidenberg: Vier Fälle von Athetose. 156) Rovighi e Santini: Ueber die durch Gift erzeugten epileptischen Anfälle. 157) Ellero: Vicariiren der Sinne im hypnot. Zustande. 158) Bovin: Ein Fall von schädlichem Einfluss des Hypnotisirens. 159) B. Bonatti: Eine neue Verwendung des Chloralhydrats. 160) E. Morselli: Zweite Mittheilung über die Wirkung des Paraldehyd's. 161) A. Arnoldow: Extractum Secalis cornuti bei Delirium tremens. 162) Massalitinow: Ueber die therapeutische Anwendung des rothen Thons in einem Falle von angina pectoris. 163) Saweljew: Ueber die therapeutische Anwendung des Thones. 164) Supruvenko: Ein Fall von Einrichtung einer eingeklemmten Drüse durch Faradisation. 165) Obersteiner: Syphilis und Dementia paralytica. 166) Clauss: Mittheilungen über den Puls bei Geisteskranken. 167) Leo Ragosin: Die Resultate graphischer Untersuchungen von Puls und Athmung an Geisteskranken. 168) Herbert W. Page: Beschädigungen des Rückgrats und Rückenmarks ohne scheinbare mechanische Verletzung und nervöser Schreck in chirurgischer und gerichtlich-medicinischer Beziehung 169) Neumann: Zur Stellung der Sachverständigen in foro criminali.

III. VEREINSBERICHTE. 170) Andreas Högyes: Ueber den zwischen der Zertrümmerung des häutigen Labyrinthes und den Zwangsbewegungen bestehenden Zusammenhang. 171) Spitzka: Ueber postscarlatinöses Irresein. 172) L. C. Gray: Ueber Laryngeal-Vertigo. 173) Spitzka: Demonstration microscopischer Hirnpräparate. 174) Hammond: Ueber den Sitz des Instinctes. 175) Brown-Séquard: Ueber allgemeine Anästhesie durch Application eines Stromes von Kohlensäure auf den Larynx. 176) Dumontpallier: Ueber funktionelle Unabhängigkeit der beiden Hirnhemisphären. 177) Ball: Zur Pathologie des Kretinismus. 178) Jaques Bertillon: Mittheilung über die Ehescheidung in den verschiedenen Ländern.

IV. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 179) Aus Norwegen. 180) Aus Berlin. 181) Aus Jena.

V. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Ein Lipom des Plexus choroideus.

Von Prof. H. OBERSTEINER in Wien.

Fettneubildungen am Plexus choroideus sind angeblich äusserst selten. Dieser Umstand mag genügen um die Veröffentlichung des

nachfolgenden Befundes zu rechtfertigen, und ihm, wenn auch kein klinisches, so doch ein pathologisch-anatomisches Interesse zu verleihen.

Am linken Plexus choroideus lateralis eines Mannes, über den ich Näheres nicht erfahren konnte, fand sich dem Glomus entsprechend eine rundliche, derbe Geschwulst, $1^1/_2$ Ctm. im längsten Durchmesser messend, in der Mitte durch eine tiefere Einschnürung in 2 Hälften getheilt, welche selbst wieder von seichteren Furchen durchzogen, ein gelapptes Ansehen darboten.

Da diese Geschwulst sich derb anfühlte, so meinte ich eines jener Cholesteatome, wie sie aus den gewöhnlichen Choroidalcysten nicht selten entstehen, vor mir zu haben. Behufs Anfertigung eines Demonstrationspräparates machte ich einen Querschnitt, und war erstaunt den Cysteninhalt, der eine gleichmässig gelblich-weisse Masse darstellte, nicht ausdrücken zu können. Als ich ein dünnes Segment davon unter das Mikroskop brachte, erwies sich die ganze Geschwulst als ein Lipom, welches seiner Structur nach in jeder Beziehung den an anderen Körperstellen anzutreffenden Lipomen entsprach. Die stellenweise verdickte, derbe Kapsel enthielt zahlreiche, mitunter weite Gefässe, die Geschwulstmasse selbst bestand aus dichtgedrängten ziemlich grossen Fettzellen mit Kernen; zwischen den Fettzellen konnten Capillargefässe und nur sehr vereinzelte Bindegewebsbalken gesehen werden.

Es kann also kein Zweifel sein, dass wir es hier mit einem ganz reinen Lipome zu thun haben.

Das erste Lipom des Plexus choroideus wurde von Wallmann (Virch. Arch. 14. B.) beschrieben: es war eine bohnengrosse, lappige Geschwulst am rechten Plexus choroideus lateralis.

Bald darnach erwähnt Haeckel (Virch. Arch. 16. B.) zwei Fälle von Fettneubildung am Plexus choroideus; das einemal war es aber nicht zu einer förmlichen Lipombildung gekommen, man bemerkte nur jederseits am Glomus ein Paar gelbe Flecken, die sich als Anhäufungen von Fettzellen ergaben. Im anderen Falle (bei einem sehr fetten Säufer) erschienen die Plexus als ein Convolut glänzender gelber Körnchen, zwischen denen einzelne bis erbsengrosse Fettklumpen hervorragten.

Aus der späteren Literatur ist mir kein einziger hierher gehöriger Fall bekannt.

Nach der Zusammenstellung von Virchow (Geschw. 1. 386) sowie nach den sorgfältigen Untersuchungen von Chiari (Wien. med. Wochenschr. 1879) sind wahre Lipome auch an anderen Stellen der inneren Hirnhäute selten; es sind im Ganzen nur 15 Lipome der inneren Hirnhäute in der Literatur erwähnt, wozu noch die drei Fettgeschwülste des Plexus choroideus kommen.

Allein Virchow und Chiari geben weiterhin an, dass einfache Fettanhäufungen an den inneren Hirnhäuten nicht gar so selten ohne weitere grosse Abweichung vorkommen und zwar an der Raphe des Corpus callosum und des Fornix (Virchow), sowie in der Mitte der Hirnbasis (Chiari).

Bezüglich der Lipome des Plexus choroideus möchte ich mir noch eine Bemerkung gestatten. —

Cysten der Choroidalplexus sind äusserst häufig; deren Anwesenheit wird allerdings meist in den Sectionsprotokollen angegeben, sobald sie eine gewisse Grösse und Menge übersteigen; doch beschränkt man sich eben meist darauf, ihr Vorhandensein zu constatiren, ohne sich in eine weitere Untersuchung ihres Inhaltes einzulassen. Nachdem aber ein Lipom bei flüchtiger Betrachtung von aussen her von einer Cyste mit halbflüssigem Inhalte nicht unterschieden werden kann, drängt sich unbedingt die Frage auf, ob denn solche wahre Fettgeschwülste an den Adergeflechten nicht häufiger vorhanden sind, als man bisher anzunehmen geneigt ist, umsomehr als überhaupt Fettansammlungen an den inneren Hirnhäuten nicht so gar selten vorkommen.

Im Anschlusse hieran möchte ich noch auf ein ähnliches Lipom hinweisen, welches ich bei einer Ente gefunden und vor 9 Jahren neben anderen pathologischen Thierhirnen in der psychiatrischen Gesellschaft in Wien demonstrirt habe.

Das Thier zeigte ohne ausgesprochene Lähmung einen deutlich ataktischen Gang, fiel häufig über seine eigenen Beine und verdrehte die Augen nach verschiedenen Richtungen.

Ich fand an Stelle der Zirbeldrüse, vom Plexus choroideus an seinem Eintritte in den Mittelventrikel ausgehend, ein gerade in der Mittellinie liegendes hartes Lipom von intensiv gelber Farbe, und etwa von der Form einer Kastanie, 1 Ctm. breit, in der sagittalen Richtung etwas kürzer, $^1/_2$ Ctm. hoch. Dasselbe nahm den Platz zwischen den beiden Tuberculis opt. ein, und war an seinem hinteren Theile vom Kleinhirne bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Geschwulst ganz aus dem normalen Fettgewebe gleichenden Zellen bestand, welche Masse von einzelnen Bündeln Bindegewebes, und von spärlichen Gefässen durchzogen war. — Die Kapsel welche die Geschwulst von allen Seiten einhüllte, erwies sich als derbes, fibröses Bindegewebe.

II. Referate.

140) **Giacomini:** Benderella dell' uncus dell' ippocampo. (Das Hackenbändchen am menschl. Gehirne.) (R. Ac. d. Medic. Torino 1882.)

In seiner grösseren Arbeit über die Varietäten der Grosshirnwindungen hat Verf. angegeben, nicht zu häufig am Ammonshorne ein $1^1/_2$ mm. breites Bändchen von der Farbe des Uncus gesehen zu haben, welches an dessen Oberfläche $^1/_2$ cm. vor seiner Spitze quer über denselben hinüberzieht.

Bei späteren genaueren Untersuchungen konnte P. sich aber davon überzeugen, dass das Hackenbändchen an allen menschlichen Gehirnen vorhanden ist, bei Thieren hingegen fehlt; es stellt seiner Anschauung nach gewissermaassen das vordere Ende der Fascia dentata dar.

Obersteiner (Wien).

---

141) **L. Tenchini** (Parma): Sulla trabecola cinerea dell' encefalo umano. (Die graue Commissur des menschl. Gehirnes.) (Annal. univers. di med. Juni 1882.)

Nachdem die graue oder weiche Commissur zum grössten Theile aus Nervenzellen besteht, schlägt T. für dieselbe den Namen Trabecula cinerea, welcher in anatomischer und physiologischer Beziehung nichts präjudicirt, vor.

Die Trabecula cinerea ist in den weitaus meisten Gehirnen vorhanden, und zwar in der Regel in der Form eines flachen Bandes, welches zwischen beiden Sehhügeln im mittleren Ventrikel ausgespannt ist; auch eine strangförmige Trabecula ist nicht selten, weniger häufig trifft man auf die Form eines Halbcylinders, mit oberer Convexität oder eines dreiseitigen Prisma.

Dieser Gehirntheil ist durchschnittlich an weiblichen Gehirnen grösser, erscheint vor dem 20. Jahre meist sehr klein, nimmt dann bis zum 50. Jahre zu, um im späteren Alter sich wieder zu verkleinern.

Fehlen der Trabecula ist häufiger beim Mann, hingegen findet sich Duplicität derselben öfter bei der Frau.

Aus der relativ stärkeren Entwicklung dieses Theiles bei der Frau, glaubt der Verf. einen Hinweis auf die Inferiorität des weiblichen Gehirnes gewinnen zu können, nachdem sich bei Thieren, sowie auch an drei daraufhin untersuchten Cretinen-Gehirnen die Trabecula cinerea sehr stark ausgebildet findet. Obersteiner (Wien).

---

142) **Baginsky** (Berlin): Ueber die Function des Kleinhirns. (Biolog. Centralbl. II. B. 23.)

B. hat nach Eröffnung der Schädelhöhle grössere oder kleinere Partien des Kleinhirnes exstirpirt, und vor Allem auf die längere Erhaltung der Thiere Gewicht gelegt. Nach Entfernung von nur kleinen oberflächlichen Parthien des Wurmes beim Kaninchen zeigten sich nach der Operation zunächst keine Störungen. Nach einigen Tagen traten bestimmte Störungen auf, die sich verschieden intensiv, aber in ziemlich gleicher Weise äusserten. Es stellte sich Zittern des Kopfes und des Körpers ein, welches heftiger wurde, wenn die etwas trägen Thiere gejagt wurden, und sich vorwärts bewegen sollten. Die Sicherheit der Bewegung war abhanden gekommen; Sensibilitätsstörungen fehlten.

Wurden bei Kaninchen zugleich mit dem Wurme beide Hemisphären des Kleinhirnes abgetragen, so zeigten sich sogleich nach der Operation die heftigsten Störungen; bei den meisten Thieren waren Rollbewegungen und Nystagmus vorhanden; bei partieller Entfernung der Hemisphären lagen sie mit vollständig erhaltenem Sensorium auf der Seite.

Am Hunde führten gleiche Versuche zu ähnlichen Resultaten. Das Kleinhirn ist also ein Organ, mittels dessen wir im Stande sind ein harmonisches Zusammenwirken unserer Muskeln zu gestalten. In welcher Weise wir uns aber diesen Mechanismus vorstellen sollen, darüber herrscht völliges Dunkel. Dass die Bogengänge des Ohrlabyrin-

thes die peripheren Organe des Gleichgewichtsinnes sind, dessen Centrum sich im Kleinhirn befindet, ist höchst unwahrscheinlich.

Die Ergebnisse seiner Versuche hatte B. schon vor längerer Zeit der physiolog. Gesellschaft zu Berlin mitgetheilt.

Obersteiner (Wien).

---

143) **Emil Kräpelin** (Leipzig): Ueber die Einwirkung einiger medicamentöser Stoffe auf die Dauer einfacher psychischer Vorgänge. II. Abth. (Philosoph. Studien I. 4. H.)

In Anschluss an seine bereits (vergl. dieses Centr.-Bl. 1883 pag. 38) erwähnten Mittheilungen hat Kr. untersucht, in welcher Weise der Ablauf einfacher psychischer Vorgänge durch die Einwirkung von Alkohol alterirt wird.

Es wurden 7.5—60 gm. absoluten Alkohols in Wasser gelöst entweder auf einmal oder nach und nach gegeben.

Auch diesmal machte sich die Wirkung des Mittels in zwei differenten, bestimmte Stadien des Versuches charakterisirenden Phasen, geltend, von denen die eine sich als Verlängerung, die andere sich als Verkürzung der Reactionszeit darstellt. Allein im Gegensatze zur Wirkung der in der ersten Versuchsreihe gebrauchten Stoffe geht hier die Verkürzung der Verlängerung voran. Die Ausgiebigkeit der Verlängerung wächst mit der zunehmenden Bewusstseinstrübung an, während die Verkürzung in ähnlichem Masse geringer ausfällt, und schliesslich sogar negativ werden kann.

Leider kann auf die weiteren Einzelheiten dieser werthvollen Untersuchungen hier nicht eingegangen werden.

Obersteiner (Wien).

---

144) **W. Moldenhauer** (Leipzig): Ueber die einfache Reactionszeit einer Geruchsempfindung. (Wundt philos. Studien I. B. 4. H.)

Ziemlich gleichzeitig mit Buccola hat auch M. die Reactionszeit für Empfindungen des Geruchsinnes zu bestimmen versucht.

Er verwendete neben aetherischen Oelen noch Kampfer, Moschus, Theer und Essigaether als Riechmittel. Es wurden an 3 Versuchspersonen im Ganzen über 1300 Einzelversuche angestellt, deren Resultate allerdings beträchtlich differiren.

Die gewonnenen Zahlen (0.199—0.492 Sec.) liegen im Ganzen höher als die für andere Sinnesgebiete festgestellten Zeiten; wahrscheinlich ist es, dass schon an der Peripherie diese Verzögerung stattfindet, indem die Erregung der Geruchsnerven mehr Zeit in Anspruch nimmt, als dies bei den übrigen Sinnesorganen, abgesehen vom Geschmacksinne, der Fall ist.

Ferner waren die Reactionszeiten für die einzelnen Riechstoffe bei denselben Beobachtern verschieden; bei 2 Beobachtern hatte Rosenöl die kürzeste, Kampfer die längste Reactionszeit, während sich für den dritten das umgekehrte Verhältniss herausstellte.

Uebrigens hatte eine der Versuchspersonen durchwegs die niedersten, eine zweite die höchsten Reactionszeiten, während für die dritte

solche Reactionszeiten gefunden wurden, welche zwischen denen der beiden erst genannten Beobachter lagen.

Bei ungeschulten Beobachtern macht sich anfänglich der Einfluss der Uebung auf die Reactionszeit deutlich bemerkbar.

Obersteiner (Wien).

---

145) **G. Buccola** (Turin): Sulla durata delle percezioni olfattive. (Die zu einer Geruchswahrnehmung nöthige Zeit.) (Arch. it. p. l. mal. nerv. 1882 6.)

B. hat analoge Versuche, wie sie von ihm und Anderen bezüglich der übrigen Sinnesempfindungen wiederholt gemacht wurden, auch für den Geruchsinn unternommen.

Die Zahlen werden jedenfalls hier höher ausfallen müssen, weil die Geruchsreize eine gewisse Zeit brauchen, bis sie sich in der Luft ausbreiten und die Nervenendigungen erregen. Ferner hängt die Schnelligkeit der Geruchsempfindung auch wesentlich von der Respirationsphase überhaupt, sowie von der Energie ab, mit welcher der Luftstrom in die Nase aspirirt wird. —

Als Riechmittel wurden Aqua di Felsina (ein dem Kölnerwasser ähnlicher Parfum), ferner Nelkenöl und Schwefeläther angewendet.

Letzterer wurde von allen Versuchspersonen am raschesten percipirt.

Schwache, verdünnte Gerüche werden langsamer wahrgenommen als concentrirte; Ermüdung sowie krankhafte Zustände der Riechschleimhaut verzögern die Perception.

Obersteiner (Wien).

---

146) **L. Vincenzi** (Torino): Sulla Sclerosi dell' Alveus nei corni d'Ammone di un epilettico. (Sklerose des Muldenblattes bei einem Epileptischen.) (Arch. ital. p. l. mal. nervose. 1883. V.)

Bei einem Epileptiker erschienen beide Ammonshörner verkleinert, hart, ihrer äusseren Configuration und ihrer Farbe nach unverändert. Bei der genauen mikroskopischen Untersuchung erwies sich hauptsächlich die weisse Substanz des Alveus bis in die Markmasse des Gyrus hippocampi hinein, sowie andrerseits bis in die Fimbria verdickt und sklerosirt, von fibrillärem Aussehen mit zahlreichen Bindegewebskörperchen und einzelnen Amyloidkörpern. Hingegen erschien die graue Substanz des Ammonshornes nur wenig alterirt; nur an einzelnen Stellen waren die Bindegewebszellen vermehrt, und dort boten auch einzelne grosse Ganglienzellen den eigenthümlichen homogenen Anblick, welcher sklerosirten Zellen zukommt. An einzelnen Stellen waren die Axencylinder im Alveus verdickt.

Auch noch im Beginne des Fornix konnte eine Vermehrung des Bindegewebes neben zahlreichen Amyloidkörperchen angetroffen werden.

Obersteiner (Wien).

---

147) Ch. Labbé: Anomalies des Sinus de la dure-mère. (Arch. d. phys. norm. et pathol. 1883. 1.)

Anomalien der Blutleiter der harten Hirnhaut sind, obwohl ihnen bisher noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, keineswegs so selten als man gewöhnlich annimmt.

Verf. bringt eine Zusammenstellung der bisher beschriebenen und der von ihm selbst beobachteten Anomalien und knüpft daran Betrachtungen über die Entwicklung der Sinus sowie über die Art und Weise in welcher bei Mangel eines Blutleiters Ersatz geschaffen wird.

Zum Schlusse lenkt er noch die Aufmerksamkeit auf einige bisher noch nicht beschriebene oder wenig beachtete sinöse Räume der harten Hirnhaut. Obersteiner (Wien).

---

148) S. Oschanski: Ueber den Schädeltypus von Mördern. (Wratsch 1882. Nro. 49.)

Verf. untersuchte 24 Schädel guillotinirter Mörder aus dem Museum von Orfila. Durch Vergleich mit den durch seine Untersuchungen gewonnenen Mittelzahlen normaler französischer (Pariser) Schädel gelangt er zu folgenden Schlüssen.

1) Das Schädelgewölbe bei Mördern ist höher als normal. 2) Der Stirntheil ist nach allen Richtungen mangelhaft entwickelt; die Stirnhöcker stehen abnorm niedrig, die Stirn ist nach hinten geneigt. 3) Das Hinterhauptsloch liegt abnorm weit nach hinten; die Fläche desselben schaut mehr nach unten und hinten als normal, was sich in der Vergrösserung des basalen wie des Hinterhauptwinkels von Broca ausspricht. Der Bogen der Schädelbasis ist daher gestreckter und die Krümmung der Gehirn-Rückenmarks-Achse geringer als normal, wesshalb der Typus des Schädels, sich dem der niederen Rassen nähert. 4) Der prognatische und der Gesichtswinkel von Cloquet sind vermindert. 5) Die Augenhöhlen sind breiter. 6) Der Unterkiefer zeigt an Maass und Gewicht höhere als Mittelzahlen und nähert sich gleichfalls einem niederen Typus. 7) Am meisten aber entfernt sich der Typus des Mörderschädels vom mittleren in Bezug auf die Projection des ganzen Schädels auf der horizontalen Fläche nach Broca. Die Gesichtsprojection ist vergrössert, ebenso die des Hinterschädels, die des vorderen dagegen vermindert. Also auch in dieser Beziehung neigt sich der Typus des Mörderschädels zu dem niederer Rassen.

Verf. mag nicht entscheiden, ob die geschilderten Abweichungen auf Atavismus beruhen oder pathologische sind.

Buch (Helsingfors).

---

149) De Vincentiis (Palermo): Strabismo conjugato paralytico da tuberculo del nucleo del sesto pajo. (Conjugirter paralytischer Strabismus in Folge eines Tuberkels des Abducenskernes.) (Rivista clinica 1883. 1.)

Bei einem sonst gesunden Mädchen stellte sich 8 Monate vor ihrer Aufnahme Husten mit Abmagerung ein, seit 2 Monaten bemerkt man, dass beide Augen nach links gewendet sind. Die Untersuchung ergab, dass beide Augen nur soweit nach rechts gebracht werden kön-

nen, bis der rechte Cornearand die Mittellinie erreicht. Auch der Kopf ist ein wenig nach links gedreht.

Die Kranke starb ohne sonstige auffallende cerebrale Erscheinungen dargeboten zu haben nach 2 Monaten.

Bei der Section fand sich ausser einem unbedeutenden oberflächlichen Tuberkel des Kleinhirnes, ein zweiter Bohnengrosser Tuberkelknoten, welcher unter dem Boden des vierten Ventrikels, rechterseits neben der Mittellinie sass, und jedenfalls den rechten Abducenskern zerstört hatte.

Leider ist der Fall, wie der Autor selbst zugibt, klinisch viel zu wenig verwerthet worden, auch die anatomische Untersuchung ist nicht hinreichend. Obersteiner (Wien).

---

150) **E. G. Johnson** (Stockholm): Bidrag till Kännedomen om Nervsutur och nervtransplantation. (Zur Kenntniss der Nervennaht und -Transplantation. (Nordiskt Med. Ark. 1882. Nro. 27.)

Verf. hat an Kaninchen, Hunden und Hühnern in 9 Fällen den N. ischiadicus direkt durch Catgut-Naht vereinigt, in 7 Fällen indirekt. Die Operation wurde „bei strenger Antiseptis" ausgeführt, doch wurde nach sorgfältigem Vernähen der Wunde kein Verband angelegt. In keinem Falle fand prima intentio der Nervenenden statt. Wiederherstellung der Leitung zeigte sich an Kaninchen am 40. Tage, an Hunden am 31., an Hühnern am 25. In 20 Nervendurchschneidungen an Kaninchen ohne darauf folgende Naht erfolgte Wiederherstellung der Leitung erst am 60. Tage. Verf. ist geneigt im Gegensatz zu Gluck anzunehmen, dass prima intentio überhaupt nicht vorkommt. (Dagegen muss bemerkt werden, dass die Antisepsis bei Abwesenheit eines Verbandes wohl kaum stets vollständig sein kann und dass vollständige Asepsis vielleicht auch prima intentio ermöglicht. Ref.) Er empfiehlt gleichwohl warm die Sutur, weil sie raschere Wiederherstellung der Function ermöglicht und nie, auch in den 52 aus der Literatur gesammelten Fällen von Nervensutur am Menschen jemals besondere Reizungserscheinungen noch Trismus oder Tetanus beobachtet wurden. Transplantation der Ischiadici an Hühnern in 2 Fällen führte zur Verwachsung, doch war in 34 Tagen keine Leitung zu bemerken.

Buch (Helsingfors).

---

151) **G. Altana:** Die 3 Mikrocephalen von Biola (Prov. Cagliari). (Arch. it. p. l. mal. nerv. Nov. 1882.)

Von ganz gesunden, nicht verwandten Eltern stammen 4 Kinder, von denen nur eines normal ist, die anderen (ein Mädchen von 14, zwei Knaben von 12 und 8 Jahren) Mikrocephalen sind. Körperlich sind sie gut entwickelt, nur ist der Schädel viel zu klein, und weist prämature Verknöcherung auf, welche höchst wahrscheinlich schon in eine sehr frühe Entwicklungsperiode zu versetzen ist.

Altana gibt eine genaue Beschreibung der drei mikrocephalen Kinder. Obersteiner (Wien).

---

152) Bogdan Flietner: Thermometrie des Ohres. (Inaug. Diss. St. Petersburg 1882. russisch.)

Verf. hat mit dem in der That sehr bequemen und zweckmässigen Thermometer von Dr. Wreden die Temperatur des äusseren Gehörganges an 100 Gesunden und 117 an verschiedenen Otitiden Leidenden untersucht und fand, dass bei Gesunden die Temperatur beider Ohren immer gleich ist, so dass Unterschiede von 0.1⁰—0.2⁰ schon auf einen krankhaften Process deuten. Der mittlere Unterschied zwischen der Temperatur des Ohres und der Achselhöhle beträgt 0.5⁰, der des Ohres und des Rectums dagegen 1.0⁰. Diese Unterschiede waren sehr beständig auch bei häufigen Messungen am selben Individuum. Besonders constant ist der Unterschied zwischen Gehörgang und Achselhöhle.

Bei Otitiden vermindert sich der Unterschied, ja bisweilen ist die Ohrtemperatur höher als die des Rectums. Interessant ist, dass in *allen* Fällen von einseitiger Otitis der Unterschied zwischen der Temperatur des Rectums und des *gesunden* Ohres bedeutend geringer war als normal, die Temperatur des gesunden Gehörganges also nicht nur absolut (beim Fieber) sondern auch relativ erhöht. Das beweist, welche bedeutende Sympathie zwischen diesen paarigen Organen besteht. Buch (Helsingfors).

---

153) G. ter Meulen (Amsterdam): Zum Verhalten der Reflexerregbarkeit und der Sehnenreflexe der paretischen Seite bei cerebraler Hemiplegie. (Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. V. Heft 1.)

Die Angaben über das Verhalten der Reflexerregbarkeit nach dem apoplektischen Insult zeigen eine grosse Verschiedenheit. Die eigenen Untersuchungen des Verf., zu denen das Material der Krankenhäuser Amsterdams verwendet wurde, ergaben übereinstimmend mit den Beobachtungen Nothnagels, dass speciell die Sehnenreflexe kurze Zeit (kürzer als ein Monat) nach einer Gehirnläsion *wenig*, längere Zeit nachher (2—7 Monate) auf der paretischen Seite *sehr* erhöhte sind.

Die weiteren Untersuchungen befassen sich mit der Bestimmung der Reflexgeschwindigkeit und der Intensität der Muskelcontraction, welche bei einem bestimmten Reize entsteht, mit Bezug auf den Patellarsehnenreflex unter Anwendung der modificirten Methode Tschirjews. Bei den Versuchen war die Intensität des Reizes immer grösser auf der gesunden wie auf der kranken Seite, Differenzen welche eine grössere Geschwindigkeit auf der paretischen Seite ergaben, konnten daher unmöglich einer grösseren Intensität des Reizes zugeschrieben werden. In 2 Fällen welche nicht älter als 7 Monate waren zeigte die Reflexzeit auf beiden Seiten keine Differenz, in 4 war sie auf der paretischen Seite kleiner. In den Fällen welche älter als 7 Monate waren, war die Reflexzeit auf der paretischen Seite von längerer Dauer. In der Mehrzahl der Fälle von Hemiplegie, welche noch nicht zu lange gedauert haben, scheinen also die Sehnenreflexe auf der *paretischen* Seite rascher zu entstehen als auf der gesunden. Da nun die Inten-

sität der Reflexerregbarkeit sich nicht nur aus der Fortpflanzungsgeschwindigkeit, sondern auch aus der Intensität der Muskelcontraction ergeben muss, so ist das Verhalten der letzteren in Betracht zu ziehen. Die angestellten Versuche ergaben für die paretische Seite 1) eine grössere Anzahl der Muskelcontractionen 2) eine längere Dauer und 3) eine grössere Intensität derselben. Eickholt (Grafenberg).

154) Die Sehnenreflexe bei Pellagrösen. (Arch. di psich., sc. penali ed antropol. criminale. 1882. 4.)

Aus den Angaben von Raggi, Alpago-Novello und Brunetta ergiebt sich, dass in 46 Fällen von Pellagra das Kniephänomen 6 mal vollständig fehlte und 10 mal vermindert war.

Bei dem Umstande, dass die Sehnenreflexe beim Ergotismus, mit welchem das Pellagra häufig verwechselt wird, meist vollständig fehlen, glaubt Lombroso hierin auch einen Behelf für die Differentialdiagnose zu finden. Obersteiner (Wien).

155) **Greidenberg** (Odessa): Vier Fälle von Athetose. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1882 Nro. 23—25.)

1) Hemiathetosis sinistra, Fibromyoma uteri. Peritonitis chronica Insufficientia vulv. mitr. Hypertrophica cordis.

Irina Naliwaiko, 23 Jahre alt, seit 4 Jahren krank, Mutter an Apoplexie gestorben. Im 18. Jahre Schwäche beider Beine und des r. Armes. Schmerzen in der l. Schulter, Schwindel, Uebelkeit, Taubsein der l. Gesichtshälfte, Ohnmacht, will 4 Tage bewusstlos gewesen sein, konnte dann die l. obere Extremität nicht mehr bewegen und während 3 Wochen nicht mehr sprechen. Später Krämpfe in der l. oberen Extremität, Lufthunger und Herzklopfen, Schmerzen im Unterleib, zuweilen Zuckungen in den linken Fingern und Zehen, im Gesicht, am Halse u. s. w.

Von Zeit zu Zeit sieht man fibrilläre Zuckungen in den l. Gesichtsmuskeln; l. Ohr hört um die Hälfte schlechter als rechtes, Sehvermögen links ebenfalls schlechter. Geruch und Geschmack l. herabgesetzt, l. Hand atrophisch, Muskelkraft abgeschwächt, Zuckungen am l. Arm. Flexoren des Ober- und Unterarms befinden sich in einer beständigen tonischen Contractur. Am l. Bein zeigt nur Extens. digit. comman. tonische Spannung. Zehen führen rythmische Bewegungen aus, die aber das Gehen nicht behindern; während des Schlafes Bewegungen mässig. Farad. u. galv. Erregbarkeit am l. Arm geringer, Sehnenreflexe links erköht.

2) Hemiathetosis sinistra.

Nikolai Kostezky, 18 Jahre alt; überstand vor 4 Jahren irgend eine Infectionskrankheit seitdem sprach er schlecht und war im Gebrauch seiner l. Extremität behindert. Beide Pupillen sind erweitert. Links Sehschärfe schlecht. Sprache behindert. L. Arm und l. Hälfte des Rumpfes atwas atrophirt. L. Arm ist in beständiger Pronation und Abduction, biceps und triceps brachii sind tonisch contrahirt, Fingerextensoren zusammengezogen. An den Fingern sind ununterbrochen rythmische Bewegungen sichtbar, l. Bein atrophirt. Zehen bewegen

sich rythmisch. Kranker kann auf dem l. Bein nicht sicher stehen, beim Gehen dreht sich der Fuss nach innen. Bewegungen wachsen mit Willensimpuls. Im Schlafe schweigen sie. Sehnenreflexe etwas erhöht. Faradische Erregbarkeit links herabgesetzt, galvanische erhöht. Dehnung des n. medianus ohne Erfolg.

3) Athetosis bilateralis. Michael Soljamikow, 36 Jahre alt, seit 24 Jahren krank. Vater ist an Paralyse gestorben. Von 15 Geschwistern sind 12 in der Kindheit an Krämpfen gestorben. In seinem 8. Lebensjahre bemerkten die Eltern am 4.—5. Finger der rechten Hand Contracturen. 14 Jahre alt bemerkte er, dass der l. Arm vom Rumpfe abstand und nur schwer adducirt werden konnte. Bald darauf Flexions- und Extensionsbewegungen unwillkürlich im 4. und 5. Finger der r. Hand. Im 18. Lebensjahre neigte sich der Kopf zur rechten Schulter über; jene Bewegungen gingen auf Hände, Unter- und Oberarm über. Wechsel von Besserung und Verschlimmerung. 31 Jahre alt litt er in Folge von psychischer Aufregung an Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, an acuten Delirien und Schlaflosigkeit. 3 Dehnungen des n. ulnaris waren erfolglos. Status im April 81. Kopf zur rechten Schulter geneigt, macht fortwährend unwillkürliche Bewegungen von links nach rechts und oben. Halsmuskeln links stark hypertrophisch und gespannt. Rechter Mundwinkel hängt tiefer als linker. Beide Hände sind ulnarwärts gebeugt, können activ nicht gestreckt werden. Finger rechts fast immer zur Faust geballt. Rechter Arm nicht so unruhig wie linker, welcher in fortwährenden Zuckungen, in Abduction nach hinten, begriffen ist. Aehnliches Verhalten an Armen und Beinen in der Beziehung, dass rechts stärkere Spannung der Muskeln, grössere Kraft und schwächere Bewegungen, links geringere Muskelspannung, weniger Kraft und beständige unwillkürliche Bewegungen. Im Schlafe keine Bewegungen. Sohlen und Partellarreflexe erhöht.

4) Hemiathetosis dextra. Berko Feltfick, 24 J. a., seit 3 Jahren krank. Verletzungen mit dem Beile in der Gegend des innern Knöchels des r. Beines vor 3 Jahren. $^1/_2$ Jahr später Ziehen in dem betr. Beine, Hinken, Contrakturen. Später unwillkürliche Bewegungen, die sich allmählig über Unter- und Oberschenkel und Rumpf erstrecken, endlich den Arm und Kopf ergreifen. Kranker fühlt sich fortwährend nach vorn gezogen; Kopf kann nur mit Mühe nach rechts gedreht werden. Halsmuskeln rechts tonisch contrahirt und hypertrophirt. Arm bewegt sich fortwährend rythmisch mit vorwiegender Pronation des Unterarms, Finger zur Faust geballt. Fast alle Muskeln des r. Oberschenkels sind gespannt. R. Bein bewegt sich in ähnlicher Weise wie Arm. Zehen in beständiger Extension. Im Schlafe ruhen alle Bewegungen. Cremasterreflexe verstärkt. Faradocontractilität rechts etwas herabgesetzt. Excision der Narbe nutzt nichts..

Die der Nervenabtheilung des Dr. O. Motschutkowski im Odessaer Stadthospitale entnommenen Fälle sind im Originale sehr ausführlich mitgetheilt und konnten hier nur kurz skizzirt werden. Verf. fügt denselben eine Schilderung der Athetose an, wie sie aus seinen und den fleissig benutzten Fällen anderer Autoren sich ergibt. Zu seinen Krankengeschichten

bemerkt er, dass wir es im Falle 1 mit der posthemiplegischen Form zu thun haben. Im 2. Falle deuten die Affektion verschiedener Gehirnnerven und die Sprachstörung auf einen centralen Ursprung; er gehört ebenfalls zur posthemiplegischen Form. Im 3. Falle Erblichkeit von Seiten des Vaters, im 4. Falle entwickelt sich die Krankheit nach einer Verwundung. In letztern beiden Fällen ist die Athetose nicht rein. Was die Anatomie angeht, so nimmt Verf. im erten wegen der vorhandenen Anaesthesie eine ausgebreitete Läsion der innern Kapsel an. Im 2. Falle war die Affection weniger ausgedehnt. Wichtig scheint ihm der Umstand, dass die Hemiplegie links war, der Sitz der Affection also rechts zu suchen sei, wogegen die Sprachsstörungen nicht unbedingt sprechen, da ja auch der Sitz des Sprachcentrums zuweilen rechts sein kann oder die Möglichkeit einer Störung des Sprachcentrums leicht per contiguitatem gegeben sein kann; im 3. Falle ist eine Localisation der Affection schwer möglich, im 4. wird die Krankheit als ein reflectorisches functionelles Leiden aufgefasst. Ueberall wird zur Stütze der Hypothesen auf die betr. Literatur verwiesen. Goldstein (Aachen).

---

156) **Rovighi e Santini:** Sulle convulsioni epilettiche per veneni. (Ueber die durch Gift erzeugten epileptischen Anfälle. (X. Congr. dell'assoc. med. ital. 1882. Arch. ital. p. l. mat. nerv. Nov. 1882.)

Hunden wurde die Hirnrinde der motor. Zone exstirpirt. Wenn Picrotoxin oder Cinchonidin dem Thiere zu einer Zeit, wo die Lähmungserscheinungen der anderen Seite schon nahezu verschwunden waren, injicirt wurden, zeigte sich als erster Effect der Vergiftung eine Zunahme der Paresen, die epileptiformen Krämpfe, welche durch das Gift erzeugt werden, sind in den von der zerstörten Rindenpartie abhängigen Muskelgebieten auffallend schwächer und mehr tonischer Art. Nach 2 Monaten, wenn keine Lähmungserscheinungen mehr erkennbar sind, ist auch die Wirkung des Giftes beiderseits gleich.

Wird nach dem Picrotoxin noch Atropin, welches die Erregbarkeit des Grosshirnes steigert, injicirt, so werden die Anfälle heftiger, während länger fortgesetzter Gebrauch von Bromkalium, sowie Inhalation von Aether oder Chloroform sie abschwächen.

Nach Abtrennung des Grosshirnes vom Bulbus treten epileptiforme Anfälle nur schwer und in sehr geringem Grade auf.

Die Autoren schliessen daher, dass die Krämpfe, welche durch die genannten Gifte erzeugt werden, in Folge von Reizung der Hirnrinde entstehen. Obersteiner (Wien).

---

157) **Ellero:** Caso di ipnosi con fenomeno di Trasposizione di sensi. (Vicariiren der Sinne im hypnot. Zustande). (Gazz. med. prov. Ven. 1882.)

Eine 25jährige hysterische Person zeigte während des hypnotischen Schlafes vollständige Anästhesie aller Sinne, nur die beiden Hände hatten ihre Empfindlichkeit erhalten. — Sie bemerkte ihre Umgebung nicht, erkannte aber die einzelnen Personen alsbald, wenn sie ihr die Hand gaben. Trotzdem, dass man ihr die Augen verband, konnte sie ganz sicher im Zimmer umhergehen, vermied alle Hindernisse die man ihr in den Weg stellte oder beseitigte sie. Wenn man ihr verschieden-

farbige Wolle in die Hand gab, so fing sie an damit zu manipuliren, steckte sie von einer Hand in die andre, solange bis sie die Farbe mit der grössten Genauigkeit anzugeben vermochte.

Verfasser versucht eine Erklärung dieser Erscheinung zu geben, wobei er den „moleculären Zustand“ der Farben und die dadurch hervorgerufenen unbewussten Empfindungen zu Hülfe nimmt.

Obersteiner (Wien).

---

158) **Bovin**: Ein Fall von schädlichem Einfluss des Hypnotisirens. (Wratsch 1882. Nro. 51.)

Eine gesunde junge Dame von 18 Jahren hatte in einer Abendgesellschaft um sich zu hypnotisiren einen glänzenden Knopf angestarrt, ohne aber den Zweck zu erreichen. Kurz darauf aber wurde sie bewusstlos. Muskelstarre, verengte Pupillen, Athmung 40, Puls 160. Der Anfall dauerte 1 Stunde 10 Minuten. Puls noch am anderen Tage 120 in der Minute.

Buch (Helsingfors).

---

159) **B. Bonatti** (Parma): Nuova applicazione terapeutica dell' idrato di cloralio. (Eine neue Verwendung des Chloralhydrats.) (Arch. it p. l. mal. nerv. 1882. 4.)

In Fällen von sehr hartnäckiger Stuhlverstopfung bei Geisteskranken hat B. eine Combination von Sennainfus mit Chloralhydrat angewandt und ausnahmslos raschen, drastischen Erfolg erzielt. Er verordnete:

Infus. fol. Sennae aus 6.0—12.0
auf 300.0 Wasser.
Chloralhydrat 1.50—3.0
Syrup 30.0

Wie diese Wirkung des Chloralhydrates zu erklären ist, vermag B. vorderhand noch nicht anzugeben.

Obersteiner (Wien).

---

160) **E. Morselli** (Turin): Ricerche sperim. intorno all' azione ipnotica e sedativa della paraldeide. II. Com. (Zweite Mittheilung über die Wirkung des Paraldehyd's.) (Gaz. degli Ospitali 1883 4—6.)

Im Anschlusse an seine früheren Mittheilungen (vergl. d. Centr.-Bl. 1883. pag. 17) hat Morselli weitere Versuche über die Wirkung des Paraldehyd's bei Geisteskranken gemacht, und konnte sich abermals (in 360 Fällen) davon überzeugen, dass es ein dem Chloralhydrat in den meisten Beziehungen vorzuziehendes Hypnoticum sei. In circa 8⁰/₀, besonders wenn in dos. refracta gegeben, versagt das Mittel.

Als mittlere Dosis wurde jetzt 3 grm., als Maximaldosis 5 grm. angegeben.

Im Allgemeinen erwies es sich wirksamer in Fällen von Manie und von aufgeregtem Blödsinn; hingegen war der Schlaf, welcher das Paraldehyd in den Formen der Melancholie, in der Verrücktheit und in der Hypochondrie erzeugte, kurz, unterbrochen.

Obersteiner (Wien).

---

161) **A. Arnoldow**: Extractum Secalis cornuti bei Delirium tremens. (Wratsch 1882. Nro. 37.)

Verf. lobt das Mittel zu 0.06—0.1 des Abends gegeben wider die Schlaflosigkeit der Säufer. (Ref. hat es in einigen Fällen ohne Erfolg versucht.) Buch (Helsingfors).

---

162) **Massalitinow**: Ueber die therapeutische Anwendung des rothen Thons in einem Falle von angina pectoris. (Wratsch 1882. Nro. 11. russisch.)

163) **Saweljew**: Ueber die therapeutische Anwendung des Thones. (Daselbst Nro. 16.)

Beide loben ungemein die beruhigende Wirkung von auf die Herzgegend aufgelegten mässig feuchten Kuchen gewöhnlichen rothen Thones oder Lehmes bei angina pectoris; auch bei Herzfehlern. Vorgeschlagen wurde das Mittel zu diesem Zwecke zuerst von Sokolow. Buch (Helsingfors.)

---

164) **Supruvenko**: Ein Fall von Einrichtung einer eingeklemmten Drüse durch Faradisation. (Wratsch 1882. Nro. 17.)

Angewandt wurden nach dem Vorgange von Braustein und von Rosenhardt (Wratsch 1881. Nro. 3 und 40.) faradische Ströme, die eine Electrode auf die Geschwulst gedrückt, die andere in der Nabelgegend. Die Hernie schlüpfte nach 2 Minuten in den Leib zurück. Buch (Helsingfors).

---

165) **Obersteiner:** Syphilis und Dementia paralytica. (Monatsheft für prakt. Dermatgl. Bd. I. Nro. 11. 12. Dec. 1882.)

Der Verf. hat bei einer Anzahl von 1000 Kranken die anamnestischen Daten nachgesehen und 73 mal Syphilis verzeichnet gefunden; 38 mal (21,7%) bei 175 Paralytikern, und 35 mal (4,1%) bei den übrigen 825 Geisteskranken.

Dabei rechnet er noch 15 Fälle, bei denen Syphilis vorausgegangen war und die Paralyse nicht ganz typisch verlief, als „syphilitische Geistesstörung" zur zweiten Gruppe; würde man sie zur ersten schlagen, so ergäbe sich bei 190 Paralytikern (im weiteren Wortsinne) 53 mal (27,89%), bei allen übrigen 810 Geisteskranken nur 20 mal (2,46%) Syphilis in der Anamnese.

Der Zeitraum zwischen Infection und Gehirnerkrankung betrug meist zwischen 6 und 7 Jahre, also entsprechend dem Auftreten tertiärer Symptome. Auch bezugs des pathologisch-anatomischen Befundes besteht eine gewisse Verwandtschaft zwischen dem diffusen syphilitischen und dem paralytischen Process. Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

166) **Clauss** (Sachsenberg): Mittheilungen über den Puls bei Geisteskranken. (Allg. Ztschr. f. Psych. Band 39. Heft 5.)

Die von den bekannten Angaben Wolff's u. A. abweichenden Resultate des Verf.'s sind folgende:

Von 71 Männern, die nur den prognostisch so ungünstig beurtheilten pulses tardus zeigten, wurden 9,8%, von den entsprechenden Frauen

20,7% *geheilt* entlassen, ebenso 25, 6% resp. 30,7% von denjenigen Männern und Frauen, die neben der Tricrotie zeitweise tarde Pulsformen aufwiesen.

Gegen Fiebertemperaturen ist auch der Puls Geisteskranker sehr empfindlich. Derselbe zeigt dabei die auch sonst gewöhnlichen Veränderungen, wie schon Siemens hervorgehoben hat.

Was die Paralyse betrifft, so hat Verf. nicht in allen Fällen eine Lähmung des vasomotorischen Nervensystems nachweisen können, soweit Tardität des Pulses als Beweis einer solchen betrachtet werden kann.

Unter den periodischen Geistesstörungen giebt es Fälle, in denen der Puls bei den verschiedenen Stadien gleich bleibt, eine Aenderung der Gefässthätigkeit also nicht eintritt. Den Angaben Wolff's, dass der stationäre Puls der geisteskranken Epileptiker ein ausgesprochen schnellender und tricroter ist, kann sich Verf. nicht unbedingt anschliessen. Der morphologische Character des Pulses war in seinen Fällen vielmehr ein sehr verschiedener.

Als Hauptresultat seiner Untersuchungen bezeichnet Verf., dass es nicht allein das vasomotorische System ist, welches die Entstehung und den Verlauf der Psychosen bedingt.

Kron (Berlin).

---

167) **Leo Ragosin:** Die Resultate graphischer Untersuchungen von Puls und Athmung an Geisteskranken. (Dissertation St. Petersburg 1882, russisch. 8°. 102 S. 7 lith. Tafeln.)

Verf. untersucht den Einfluss des durch faradische Ströme mässiger Stärke hervorgerufenen Schmerzes auf Puls und Athmung, wobei er bestrebt war das psychische Moment der Angst zu beseitigen, indem er die zu untersuchenden Personen immer erst an den Apparat gewöhnte. Er kam zu folgenden Resultaten. 1) an psychisch Gesunden. Zunächst erfolgt eine unbedeutende kurzdauernde Verlangsamung des Pulses und dem entsprechend eine Erhöhung der Welle, sowie der secundären Erhebung, die aber auf ihrer ursprünglichen Stelle bleibt. Beim tricrotischen Puls verschwindet die erste Erhebung ganz, die zweite wird höher doch nicht in dem Maasse wie beim dicrotischen Pulse. Darauf erfolgt eine Beschleunigung des Pulses, wobei die Wellen bisweilen die erlangte Höhe und Gestalt behalten, bisweilen aber nur die letztere, während die Höhe der Welle der vor der Reizung beobachteten gleich wird. Die geschilderten Veränderungen hören mit dem Ende des Reizes auf oder überdauern diesen um wenige Minuten. Die Athmung reagirt gewöhnlich durch eine anfängliche tiefe Einathmung, worauf einige beschleunigte Athmungen (hauptsächlich auf Kosten der Exspirationspause) folgen, die meist mit einem oder zwei tiefen Einathmungen endigen.

2) Vers. an *Schwachsinnigen.* Bei höheren Graden von Schwachsinn erleidet der Puls bisweilen keine, bisweilen nur sehr geringe Veränderungen, die zum Theil in einer Beschleunigung theils in Veränderungen der Gestalt der Welle bestehen, stets aber nur auf einige wenige Wellen sich beschränken. Die Gestaltveränderungen bestehen entweder

in einer geringfügigen Zuspitzung der Wellenhöhe oder Herabsenkung der secundären Erhebung näher zur Basis oder endlich dem Auftauchen einer kleinen dritten Erhebung zwischen der secundären und der Wellenhöhe. Die Schnelligkeit und der Grad der Reaction des Pulses stehen in geradem Verhältnisse zum Grade des Stumpfsinnes. Die Athmung reagirt weit rascher und stärker auf den Schmerzeindruck. Gleich nach Beginn der Reizung erfolgt rasche Einathmung und langsame Ausathmung. Bei Schluss der Reizung erscheint gewöhnlich wieder eine tiefe Einathmung. Bei fortgesetzter Reizung zeichnet sich die Athmung entweder die ganze Zeit durch schnelles Einathmen und langsames Ausathmen aus, oder sie kehrt zur Norm zurück, in welchem letztern Falle die Schlusseinathmung besonders tief zu sein pflegt. 3) Beim *epileptischen Irresein* fand Verf. keine charakteristische Form des Pulses weder vor noch nach dem Anfalle, ebenso wird die Reaction sowohl des Pulses wie der Athmung durch einen vorangegangenen Anfall kaum beeinflusst, wohl aber hat einen Einfluss auf dieselbe der Erregungszustand des Kranken. 4) Bei dem maniakalischen Erregungszustande ist die Pulscurve charakterisirt durch bedeutende Steilheit des aufsteigenden Schenkels, mehr oder weniger ausgeprägte secundäre Erhebungen und Spitzigkeit des Wellenscheitels. Unter dem Einfluss der Schmerzerregung wird die Welle bedeutend höher und ihr Scheitel noch mehr verschärft und die secundären Erhebungen erheben sich ebenfalls. 5) Beim melancholischen Depressionszustande wird unter dem Einflusse des Schmerzeindruckes niemals die anfängliche rasche Inspiration beobachtet, sondern die Athmung wird nur allmälig tiefer mit behinderter Ausathmung. Auch die vertiefte Schlusseinathmung fehlt und die Respiration kehrt nach Schluss der Reizung allmälig zur Norm zurück. Die Pulscurve ist klein und flach, was von dem allgemeinen Ernährungszustande des Kranken abzuhängen scheint, und wird durch die Schmerzerregung entweder gar nicht beeinflusst oder es tritt beim dicrotischen Pulse eine kleine dritte Erhebung in Erscheinung oder schliesslich, der Puls wird etwas beschleunigt.

Buch (Helsingfors).

---

168) **Herbert W. Page** (London): Injuries of the Spine and Spinal Cord, withont apparent mechanical lesion, and nervous shock in their surgical and medico-legal aspects. (Beschädigungen des Rückgrats und Rückenmarks ohne scheinbare mechanische Verletzung und nervöser Schreck in chirurgischer und gerichtlich-medicinischer Beziehung.)

(London, Churchill 1883. pp. 384. M. $12^1/_2$.)

Wie in England die Eisenbahnen und die Eisenbahn-Unfälle zuerst entstanden sind, so kam es auch dort zuerst zu Entschädigungsklagen Seitens der verletzten Passagiere, und entwickelte sich naturgemässer Weise daraus auch was man allenfalls eine „Eisenbahn-Chirurgie" nennen könnte. Das Eigenthümliche der letzteren Wissenschaft besteht darin, dass dieselbe eine ganz andere Gestalt für die Chirurgen der Eisenbahn-Gesellschaften als für die Chirurgen der beschädigten Passagiere annimmt. Die Sachverständigen, welche ihr Gutachten vor dem Gerichtshof abzugeben haben, sind aus leicht erklärlichen Gründen

immer absolut entgegengesetzter Ansicht; und kann man keine erbaulichere Erläuterung über die Unsicherheit des medicinischen Wissens unserer Zeit haben, als solche Processe wie sie, wenn nicht täglich, doch gewiss wöchentlich in London vorkommen. Der Advokat des beschädigten Passagiers citirt gewöhnlich drei Aerzte vor das Geschwornengericht; zuerst den sogenannten general practitioner oder behandelnden Arzt, dann einen consultirenden Chirurgen und einen inneren Hospitalsarzt, welche in den meisten Fällen ein schauerliches Bild von dem grässlichen Zustande geben, in welchem der unglückliche Pat. durch den betreffenden Eisenbahnunfall gerathen ist. Nach ihren Angaben ist dieses unselige Individuum nicht nur total arbeitsunfähig, sondern auch ausserdem wenigstens halb gelähmt, partiell verrückt oder blödsinnig geworden, und hat nur eine äusserst trübe oder gar keine Chance jemals besser zu werden. Es ist desswegen ein exemplarischer Schadenersatz erforderlich, um demselben den Rest seines elenden Daseins wenn nicht zu versüssen, so doch erträglich zu machen. Der Pat. wird gewöhnlich in einem Rollstuhle in den Gerichtshof gebracht, und bekommt nicht selten epileptische Krämpfe daselbst. Nachdem dieser Act zu Ende ist, tritt der Advokat der Eisenbahn-Gesellschaft auf, und stellt alles in Abrede; er citirt gleichfalls zwei oder drei grosse medicinische und chirurgische Autoritäten, welche beschwören, dass dem Kerl gar nichts fehlt, und dass die ganze Geschichte auf Lug und Trug und Erpressung abgesehen ist. Die Tragikomödie endigt damit, dass die Jury eine je nach der Art des Falles mehr oder minder beträchtliche Summe bestimmt, welche die Gesellschaft dem verletzten Passagier zu zahlen hat, und welche sich hin und wieder bis auf zehntausend Pfund Sterling belaufen hat. Das einzige Gute, welches für den ärztlichen Stand dabei herauskommt, ist das Honorar für die Sachverständigen, welches sich meistens auf 25 Guineen per Tag beläuft; in allen anderen Beziehungen spielt die Medicin hier eine ziemlich klägliche Rolle.

Ein solcher Zustand der Dinge erklärt sich hauptsächlich wohl dadurch, dass wirklich noch eine grosse Unwissenheit über die Pathologie dieser Zustände unter den meisten Aerzten existirt. Das bekannteste Buch, welches bis jetzt darüber geschrieben war, ist das von Erichsen, in welchem wohl unzweifelhaft die Folgen der Eisenbahn-Unfälle zu schwarz geschildert wurden. Wir haben nun in dem vorliegenden Werke von Page welches sich auf eine ungewöhnlich grosse praktische Bekanntschaft mit diesen Dingen stützt, einen interessanten Beitrag zu der betreffenden Frage. Page, ist nämlich consultirender Chirurg einer der grössten englischen Eisenbahn-Gesellschaften, der sogenannten London and North Western Railway Company, und hat als solcher die beste Gelegenheit gehabt eine sehr bedeutende Anzahl von Fällen dieser Art genau zu studiren. Für den wichtigsten Theil seines Werkes halten wir daher auch den „Anhang“ (pp. 270—353) in welchem er die Hauptzüge der von 234 consecutive Fällen von Eisenbahn-Beschädigung tabellarisch verzeichnet hat, mit Angaben des Alters und Geschlechtes des Pat., Art des Unfalls, allgemeinen Grundzügen des Falles, Datum der Geldentschädigung, und Zustand

des Pat. nach den letzten Nachrichten. Der Verf. hat sich dabei ganz besondere Mühe gegeben die spätere Geschichte der betr. Fälle ausfindig zu machen, welche er mitunter eine ganze Reihe von Jahren verfolgt hat; dadurch werden helle Schlaglichter auf die eigentliche Natur der durch die Collision hervorgerufenen Nervenstörungen geworfen. Diese Berichte sind zum grössten Theil von den behandelnden Aerzten gegeben, welche mit den betr. Pat. und ihren Gewohnheiten genau bekannt waren; und es kommen dabei sonderbare Sachen heraus. Mit sehr wenigen Ausnahmen wurden die Pat. nämlich vollkommen gesund nachdem sie die Entschädigung erhalten hatten — oft unanständig schnell — selbst wenn sie vorher entsetzlich gelitten hatten. Mit Ausnahme von zwei oder drei Fällen war bei allen 234 Patienten keine wirkliche Verletzung des Rückenmarks oder seiner Häute vorgekommen, und selbst bei diesen paar Ausnahmsfällen war dies zweifelhaft. Wenn der Fall einen ungünstigen Ausgang nahm, so liess sich dies einer gleichzeitig bestehenden Herzkrankheit, Lungenschwindsucht, Alcoholismus und andere zufälligen Complicationen zuschreiben. Diese Thatsachen beweisen viel deutlicher als es irgend ein Argument des Verf. hätte thun können, dass Eisenbahnunfälle im Allgemeinen nur zeitweilige und functionelle Störungen des Nervensystems hervorrufen, und dass die Prognose daher für gewöhnlich eine günstige ist.

Verf. ergeht sich, auf diese Erfahrung gestützt, in einer sehr scharfen Polemik gegen Erichsen, der bekanntlich die von ihm sogenannte „Concussion of the spine“ als eine ergiebige Ursache nicht nur functioneller, sondern auch organischer Rückenmarkskrankheiten dargestellt hat. Nach Page liegt gar kein Beweis dafür vor, dass das Rückenmark an Erschütterung leidet, wenn das Rückgrat unverletzt ist. Das Rückenmark ist von allen Organen des Körpers am sichersten geschützt; die Symptome, welche man gewöhnlich nach Eisenbahnunfällen beobachtet, hängen nicht von subacuter oder chronischer menigitis spinalis oder myelitis ab; und die vollständige Abwesenheit von Sectionen solcher Fälle zeigt gleichfalls, dass die Störungen functioneller, und nicht organischer Natur sind.

Was sind denn nun die gevöhnlichen Wirkungen eines Eisenbahnunfalls? In vielen Fällen kommt es zu einer Art von Zerrung der Muskeln und Ligamente der Lumbo-Sacralregion, traumatischem lumbago; und diese Zerrung kann sämmtliche Muskeln, welche sich an der spina dorsalis befinden, befallen. Daraus erklärt sich der Schmerz und die Empfindlichkeit auf Druck, und die Unfähigkeit des Pat. sich zu bewegen; ebenso auch der Umstand, dass der Puls nicht beschleunigt, die Temperatur nicht erhöht, excentrische Schmerzen nicht vorhanden sind, und dass die Sphincteren normal functioniren, sowie dass in Fällen wo nicht simulirt wird, Ruhe und einfache Behandlung bald zur vollkommenen Wiederherstellung führt. Bei solchen Fällen finden sich übrigens auch öfter die Symptome des nervösen Shocks; und diese Combination mit Rückenschmerz u. s. w., hat wahrscheinlich den Grund zu den irrthümlichen Anschauungen gelegt, welche bisher über diesen Gegenstand existirt haben. Wenn Druck an den Dornfortsätzen oder

Querfortsätzen empfindlich ist, so deutet dies nicht auf schwere Verletzung, da man dies Symptom auch in Fällen von einfacher Zerrung beim Heben grosser Lasten u. s. w. antrifft; vielmehr ist dasselbe in schweren Fällen von wirklichen Rückenmarkskrankheiten grade abwesend, und sollte daher eher dazu dienen den Arzt und Patienten zu beruhigen, da es auf eine oberflächlichere Schädlichkeit hindeutet.

In einem weiteren Capitel bespricht Verf. die Natur des nervösen Shocks welcher auf Eisenbahn-Unfälle zu folgen pflegt. Zum grossen Theil rührt derselbe von der Furcht und dem Schrecken her, welcher die Reisenden ergreift; der Lärm, die Verwirrung, das Gewaltige der entfesselten zerstörenden Elemente, die Hülflosigkeit der Passagiere, die denselben unmittelbar drohende Lebensgefahr u. s. w. sind ganz hinreichend um Shock oder sogar den Tod zu verursachen, abgesehen von der Ausdehnung oder Wichtigkeit irgendwelcher körperlicher Beschädigungen, welche die Betreffenden erlitten haben. Der Schmerz und anderweitige abnorme Empfindungen, welche von Zerrung der Rückenmuskeln und Bänder herrühren, werden dann intensificirt durch die lange Aufmerksamkeit, welche die Patienten darauf richten; und die übermässige Wichtigkeit, welche sie diesen Symptomen beilegen, führt zu der Ansicht, dass der Zustand unheilbar ist. Dann kommt es zum Process, und Patient ist somit in einem Zustand von Aufregung und Ungwissheit, und will nicht wieder an die Arbeit gehen solange die Entschädigungsfrage nicht entschieden ist. Mangel an Beschäftigung, an frischer Luft und Bewegung im Freien, sind gleichfalls ungünstige Faktoren. Schliesslich hat Bromkalium viel zu verantworten, da dies in fast allen solchen Fällen in ziemlich starken Dosen gegeben wird und das Nervensystem deprimirt. Sowie der Process entschieden und das Geld einkassirt ist, wird die Flasche mit Bromkali bei Seite geworfen, und dies allein trägt schon viel zu der Wiederherstellung des Patienten bei.

Weniger häufig, aber nicht minder wichtig sind die Fälle in welchen die Symptome genau denen von wirklich organischen Krankheiten gleichen, d. h. von sogenannter Neuromimesis. Hierzu prädisponirt eine eigenthümliche Idiosynkrasie des Nervensystems, und lässt sich durchweg erbliche oder erworbene neuropathische Belastung nachweisen. Verf. berichtet mehrere Fälle von functionellen Paraplegieen, hysterischen Anfällen, hypnotischer Katalepsie u. s. w., welche allem Anscheine nach sehr ernster Natur waren, doch vollständig nach erhaltener Entschädigung besser wurden.

Das Kapitel über Simulation enthält einige interessante Fälle von Leuten, welche für höchst unbedeutende Beschädigungen kolossale Entschädigungssummen verlangten; zeigt aber auch wie schwierig es hin und wieder ist, eine wirklich stichhaltige Entscheidung in solchen Fällen zu treffen, da besonders in neuromimetischen Zuständen der Leidende sich selbst noch mehr täuscht als andere. Jedenfalls ist das ganze Werk von Page als ein sehr wichtiger Beitrag zur Eisenbahn-Pathologie anzusehen.
N. N.

---

169) **Neumann** (Breslau): Zur Stellung der Sachverständigen in foro criminali. (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 39 H. 5.)

Unter Umständen, die eine sofortige Entdeckung bedingen, stiehlt ein Stud. jur. einem Commilitonen Bücher im Werthe von 60 Mark, einem andern ein Mikroskop in einem Werthe von 120 Mark und verkauft diese Gegenstände an einen Trödler für 15 Mark. Der Angeklagte ist von Hause gut subventionirt und hat ausserdem noch an 2 Stellen für den Nothfall offenen Credit. Während seiner Militairdienstzeit hatte sich in Folge anhaltenden Nasenblutens eine hochgradige Anämie und vermuthlich auf diesem Boden ein epileptoider Zustand ausgebildet. Von Zeit zu Zeit und nicht selten mehrmals an einem Tage stellt sich ein unangenehmes Gefühl im rechten Arm ein, dem schnell leichte krampfhafte Bewegungen desselben folgen. Sehr bald darauf verliert der Kranke das Bewusstsein vollständig und sinkt an der Stelle zusammen, wo er sich gerade befindet. Nach 5—15 Minuten kehrt das Bewusstsein zurück, ohne dass eine Erinnerung an den Vorfall besteht. — Bei den Vorbesuchen und im Termin zeigt der anämische und collabirte Angeklagte von der eigentlichen Bedeutung seiner Lage keine klare Anschauung, legt vielmehr eine gewisse Apathie an den Tag, antwortet einsilbig und leise, ohne jemals den Gegenstand der Frage fortzusetzen und immer erst nach verhältnissmässig langer Pause u. s. w. N. giebt sein Gutachten dahin ab, dass es sich um ein schwachsinniges Individium handelt, dessen freie Willensbestimmung zur Zeit der That ausgeschlossen war. Ein anderer „Sachverständiger“ erklärt den Angeklagten für gesund und es erfolgt Verurtheilung. Im Anschluss an diesen Fall beleuchtet nun N. in drastischer Weise das bekannte Verhältniss zwischen Richter und Sachverständigen.

Kron (Berlin).

III. Vereinsberichte.

I. Naturwissenschaftliche Gesellschaft in Klausenburg.

Sitzung am 31. October 1882. (Originalbericht.)

170) **Andreas Högyes** (Klausenburg): *Ueber den zwischen der Zertrümmerung des häutigen Labyrinthes und den Zwangsbewegungen bestehenden Zusammenhang.*

Wenn das häutige Labyrinth bei einem Kaninchen einerseits total zertümmert wird, so rollt sich nach Verf. das Thier auf der Seite der Läsion um die Längsachse des Körpers. Zerstört man das Labyrinth rechts, so rollt es sich nach rechts. *Folglich kann man eine solche durch Zerstörung des Labyrinthes herbeigeführte Rollbewegung der einen Seite durch die Zerstörung des anderseitigen Labyrinthes aufheben.*

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

II. New-Yorker Neurological Society.

Sitzung vom 3. October 1882. (The amer. Journal of Neurologie and Psychiatry November 1882.)

171) **Spitzka** stellt einen Fall von *postscarlatinösem Irresein* vor und theilt die Krankengeschichte mit. Das 9jährige Mädchen war Ende

Januar am Scharlach erkrankt. Im Abschuppungsstadium trat hochgradige Aufregung ein, dann folgte ein Anfall, der nach der Schilderung der Angehörigen als Status epilepticus aufgefasst werden muss. Die epileptischen Anfälle kamen von Zeit zu Zeit ziemlich heftig wieder. Psychisch hatte sich nach einem mehrwöchigen heftigen Tobsuchtsanfall allmälig ein entschiedener Schwächezustand herausgebildet.

In der Discussion berichtet Weber in Kürze über 2 ähnliche Fälle.

172) **L. C. Gray** gibt im Anschluss an den Bericht eines selbst beobachteten Falles von *Laryngeal-Vertigo* ein Referat über die bisher darüber veröffentlichten Arbeiten und spricht sich schliesslich dahin aus, dass der Name nicht die Natur der Krankheit treffe, es müsste an Stelle des „Vertigo" Epilepsie gesetzt werden. Verf. glaubt ferner, dass das Vorhandensein von epileptischer Diathese nothwendig sei zur Entstehung des Laryngealschwindels.

Die in der Discussion von Hammond aufgeworfene Frage, ob die beschriebenen Fälle nicht unter die Hughling-Jackson'sche Epilepsie einzureihen seien, rief eine längere Debatte darüber hervor, was unter dieser Epilepsie eigentlich zu verstehen sei.

Sitzung vom 7. November 1882. ibidem.

173) **Spitzka** demonstrirt an microscopischen Hirnpräparaten die durch Härtung in Alcohol hervorgerufenen künstlichen Veränderungen, welche er schon früher in einer Arbeit beschrieben hat, und wendet sich polemisirend gegen diejenigen Autoren, insbesondere J. P. Gray und Kempster, welche diese Veränderungen als pathologisch-anatomische Grundlage des Irreseins beschrieben.

Ausser diesen Artefacten hat Vortr. aber im Gehirne Guiteau's Veränderungen gefunden, welche beweisen, dass eine diffuse Erkrankung derselben vorhanden war. Dieselben bestanden vornehmlich in Verdickung der Gefässwände mit Zellenwucherung und Residuen kleiner Extravasate in die Adventitia, Veränderungen, welche bei chronischem Irresein gewöhnlich vorkämen.

Von Dana, welcher dieselben Hirntheile untersucht hatte, wurde dagegen in der Discussion behauptet, dass keine pathologisch-anatomischen Veränderungen in Guiteau's Gehirn gefunden worden seien, welche auf Geistesstörung hätten schliessen lassen; zugegeben aber wurde, dass eine Erkrankung der kleinsten Gefässe vorhanden war.

174) **Hammond** sprach sodann über *den Sitz des Instinctes*, welchen er in die Medulla oblongata und das Rückenmark verlegte. Zur Unterstützung seiner Annahme führt Vortr. eine Menge einschlägiger Beobachtungen an, so das Schwimmen der decapitirten Frösche; Verhalten einer decapitirten Schlange etc. ferner die Beobachtung, dass eine anencephalische Missgeburt geschrieen, Saugbewegungen gemacht, die Augen geöffnet und geschlossen habe; u. s. f.

Die sich anknüpfende Discussion drehte sich hauptsächlich um die Frage was unter Instinct zu verstehen sei.

Karrer (Erlangen).

III. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 16. Decbr. 1882. (Le Progrès méd. Nro. 51. 1882.)

175) **Brown-Séquard**: *Ueber allgemeine Anästhesie durch Application eines Stromes von Kohlensäure auf dem Larynx.* Diese Erscheinung ist nicht durch rein locale Einwirkung sondern durch Hemmung der nervösen Centren zu erklären. Lässt man bei Thieren einen Strahl von Kohlensäure (rein oder mit Sauerstoff gemischt) auf den Larynx einwirken, so tritt allgemeine Anästhesie schneller ein als die locale selbst. Diese Insensibilität ist nicht der Absorption des Gases durch die Lungenoberfläche zuzuschreiben; sie ist das Resultat eines rein peripheren Contacts der Kohlensäure mit der Kehlkopfsschleimhaut. Dieses Anästhesirungsverfahren gestattet die nothwendigen Untersuchungen und Operationen ohne jede Gefahr auszuführen.

176) **Dumontpallier**: *Ueber functionelle Unabhängigkeit der beiden Hirnhemisphären.* — Bei einer Hysterischen, die in einen cataleptischen Zustand versetzt worden, gibt man einer jeden Hand eine Haltung, wie sie einem besonderen psychischen Affecte, Freude und Zorn, entspricht, und man sieht eine jede Gesichtshälfte einen Ausdruck annehmen, der in Beziehung steht zur Haltung der Hand der entgegengesetzten Seite. — Im somnambulischen Zustande lässt man für den Gesichts-, Gehörs- und Geruchssinn Hallucinationen und Illusionen entstehen, deren Ausdruck man gleichzeitig auf jeder Gesichtshälfte beobachten kann.

IV. Académie de Médecin zu Paris.

Sitzung vom 26. Decbr. 1882. (Le Progrès méd. Nro. 52 1882.)

177) **Ball** hatte in einer früheren Sitzung einen *Kretin* vorgestellt und damals die klinische Seite dieses Falls erörtert. Inzwischen ist der Kranke an einer interstitiellen Nephritis zu Grunde gegangen. Ball macht nun darauf aufmerksam, dass Schädel und Sternum rachitisch waren. Die Schädelknochen waren sehr dünn und das voluminöse Gehirn stand im Missverhältniss zu dem Wuchs des Individuums.

V. Société d'anthropologie zu Paris.

Sitzung vom 7. Decbr. 1882.

178) **Jaques Bertillon** macht eine interessante *Mittheilung über die Ehescheidung* in den verschiedenen Ländern. Seine Studien beruhen auf statistischer Grundlage. Die Zahl der Ehescheidungen ist stets verglichen mit der der Eheschliessungen. In Norwegen, Finnland, Russland, England und Italien sind die Trennungen sehr selten; in Schweden, Frankreich, Elsass, Belgien und in den Niederlanden ist die Frequenz eine mittlere. In Baden, Baiern, Ungarn und Rumänien ist die Ehescheidung ebenfalls ziemlich selten. Dagegen kommt sie häufig vor in Dänemark, Sachsen, in der Schweiz, Thüringen und Massachusetts.

Das Gesetz ist nicht der hauptsächlichste Factor für die Scheidung. In 2 Ländern in denen das Gesetz wenig differirt, in Italien und in Frankreich, ist das Vorkommen der Ehescheidung ein ganz verschiedenes. So findet man in Italien 3 Scheidungen auf 1000

Ehen, während in Frankreich 7 Scheidungen auf 1000 Ehen kommen. Dabei wird den Italienern die Trennung viel leichter gemacht, da eine solche schon bei gegenseitiger Zustimmung genehmigt wird. — In Norwegen und in Dänemark ist die diesbezügliche Gesetzgebung fast identisch und dennoch sind die Separationen in Norwegen sehr selten, dagegen äusserst selten in Dänemark. Umgekehrt findet man wieder Länder mit ganz differenter Gesetzgebung, in denen auf 1000 Ehen genau dieselbe Zahl von Trennungen kommt (Niederlande, Belgien etc.). Mehrere Factoren haben einen erheblichen Einfluss auf die Zahl der Ehescheidungen.

1) Die *Sitten.* — Länder mit gleichen Sitten und Gewohnheiten und mit verschiedenen Gesetzen werden statistisch stets dieselben Zahlen aufweisen. In Wallis, Freiburg und Luzern findet man 4, 7 und 13 Separationen auf 1000 Ehen, während in den andern Cantonen der Schweiz 50 bis 60 auf 1000 kommen.

2) Der Einfluss der Religion liegt auf der Hand. In der Schweiz ist in den protestantischen Cantonen die Ehescheidung weit häufiger als in den katholischen. In andern Ländern kommen ähnliche Verhältnisse vor.

3) Anhäufung in den Städten. — Je bevölkerter eine Stadt, desto zahlreicher die Scheidungen. In München zählt man 15 Ehescheidungen auf 1000 Ehen, während in dem übrigen Theile von Baiern auf 1000 Ehen nur 5 Scheidungen kommen.. In San Francisco kommt man zu der auffallenden Zahl von 225 Ehescheidungen auf 1000 Ehebündnisse.

4) Die *Profession* beeinflusst die Häufigkeit der Scheidungen. Selten bei den Landwirthen, kommt sie zahlreicher bei den Kaufleuten vor.

5) Die *Zeit.* Die Zahl der Trennungen hat seit 10 Jahren regelmässig mit jedem Jahre in allen Ländern zugenommen.

6) *Politische Ereignisse.* Im Jahre 1848 wie 1870—71 nahm die Zahl der Ehescheidungen ab, obgleich die Zahl der Ehebündnisse dieselbe blieb oder ein wenig gestiegen war.

7) *Gesetzgebung.* In Frankreich hatte das Gesetz von 1851 keinen nennenswerthen Einfluss auf die Scheidungscurve. Ebenso wenig änderte sich dieselbe, als in Elsass-Lothringen die deutsche Gesetzgebung eingeführt wurde.

In Belgien steigt die Zahl der Separationen mit jedem Jahre, während die der Eheschliessungen kaum variirt. Gewöhnlich beantragen die Frauen die Scheidung.

Nach den statistischen Erhebungen existirt auch eine auffallende Beziehung zwischen Ehescheidung und Selbstmord. Dieselben Einflüsse, welche auf die Scheidungen wirken, modificiren auch in demselben Sinne die Zahl der Selbstmorde. Letztere wächst mit jedem Jahre in gleicher Weise wie die Separationen zunehmen.

Nach diesen Auseinandersetzungen lässt sich annehmen, dass in Frankreich ein Gesetz, welches die Ehescheidung erleichtert, wahrscheinlich in nichts den Gang der Scheidungscurve ändern wird.

Rabow (Berlin).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

179) Aus Norwegen. Zwei Stunden Eisenbahnfart von Christiania, am Meere gelegen, ist eine Kuranstalt für Alcoholiker aus den wohlhabenden Ständen, „Heimdal", gegründet worden. Die Patienten verpflichten sich, wenigstens 1/2 Jahr in der Anstalt zu bleiben, die Kur dauert aber eigentlich 1 Jahr. Die Anstalt hat einen Arzt für sich allein. Ein Comité, darunter 2 Professoren der Medicin in Christiania, beaufsichtigt die zweckmässige Leitung der Anstalt. (Hygiea 1882. Nro. 10 u. 12.)

180) Aus Berlin. Nach dem Verwaltungsbericht des Provinzial-Ausschusses der Provinz *Brandenburg* über die beiden Irrenanstalten zu *Eberswalde* und *Sorau* hat sich das Bedürfniss einer Vergrösserung derselben wegen der stetig zunehmenden Zahl der Geisteskranken in der Provinz Brandenburg herausgestellt. Es ist deshalb die Vergrösserung beider Anstalten noch im Laufe des nächsten Verwaltungsjahres in sichere Aussicht genommen.

181) Aus Jena. Herr Professor Dr. Otto Binswanger hat den an ihn ergangenen Ruf zum Director der neuen, in diesem Herbste zu eröffnenden, für 500 Kranke berechneten Provinzial-Irrenanstalt zu *Neustadt* in *Westpreussen* abgelehnt, und bleibt unserer Hochschule erhalten.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt, 1. April, 1200 Mark, fr. Station. 2) Leubus, II. Arzt, 3000 M., freie Familienwohnung. Meld. bis 15. März an den Landeshauptmann von Schlesien Herrn von Uthmann in Breslau. 3) Sonnenstein, Anstaltsarzt (Rang als Hilfsarzt) 1800 M. 4) Asyl Carlsfeld, Assistenzarzt 1000 M. fr. St. 5) Owinsk, (prov. Irr.-Anst. Posen) a) Director; Meldung an den Oberpräsidenten Herrn von Guenther in Posen. b) Zwei Assistenzärzte baldigst; 2000—2500 M. jährlich nebst freier Wäsche. Meldung an die Direction. 6) Die Kreisphysicate Delitsch (Merseburg), St. Goar (Koblenz), Lippstadt (Arnsberg), Wetzlar (Koblenz).

Ehrenbezeugungen. Der Geh. San.-Rath Dr. Forsbeck Kreisphys. in Süchteln erhielt den rothen Adler Orden III. Cl. mit der Schleife und der Zahl 50. Kreis-Physicus Dr. Bittner zu Stargard i./P., Kreis-Physicus Dr. Gerloff in Greifenberg i./P., Kreis-Physicus Dr. Alscher in Leobschütz zu Sanitätsräthen ernannt.

Ernannt. Dr. Schiller in Konstadt zum Physicus des Kreises Münsterberg. Dr. Wegner zu Triebsees zum Physicus des Kreises Grimmen. Dr. Richter in Aurich zum Phys. des Kreises Salzwedel.

Versetzt. Dr. Telke, Physicus des Kreises Schroda in den Kreis Züllichau-Schwiebus.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. | 15. April 1883. | Nro. 8.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Dr. S. Th. Stein: Beobachtungen über eine bemerkenswerthe Wirkung der statischen Electricität. Vorläufige Mittheilung.

II. REFERATE. 182) M. Schiff: Ueber die Erregbarkeit des Rückenmarks. 183) Olga Gorbinsky: Die Dauer der Erregbarkeit der Nerven nach ihrer Durchtrennung. 184) W. Bechterew: Ergebnisse der Durchschneidung des N. acusticus nebst Erörterung der Bedeutung der semicirculären Kanäle für das Körpergleichgewicht. 185) D. de Jonge: Tumor der medulla oblongata; Diabetes mellitus. 186) Flatten: Beitrag zur Pathogenese der Diabetes insipitus. 187) Marchand: Beitrag zur Kenntniss der homonymen bilateralen Hemianopsie und der Faserkreuzung im Chiasma opticum. 188) A. Vossius: Ein Fall von beiderseitigem centralen Scotom mit path. anatomischem Befund. Beitrag zur Kenniniss des Verlaufs der Maculafasern im N. optic., Chiasma und Tractus opticus. 189) E. H. Linnell: Ein Fall von binocularer Hemianopsie sin. mit einem Bericht über Autopsie und mikrosk. Untersuchung. 190) O. Hebold: Subnormale Temperaturen bei Geisteskranken. 191) Moeli: Die Reaction der Pupillen Geisteskranker bei Reizung sensibler Nerven. 192) Bonfigli: Bericht über die im Jahre 1879 aufgenommenen Pellagrosen.

III. VEREINSBERICHTE. 193) Nothnagel: Ueber Trombose des Sinus longitudinalis. 194) Pelizaeus: Ueber das Kniephänomen bei Kindern. 195) Wernicke: Ueber einen Fall von Tabes mit Herdsymptomen. 196) Rabow: Zur Casuistik der angeborenen conträren Sexualempfindung. 197) Eisenlohr: Ueber acute aufsteigende Spinallähmung. 198) Féré: Ueber Sclérose descendante du faisceau pyramidal. 199) Brown-Sequard: Ueber allgemeine Anästhesie. 200) Dembo: Ueber nervöse Centren für die Uteruscontractionen. 201) Orchansky: Ueber localisirte Bewegungen vermittelst electrischer Reizung durch die Schädelkapsel hindurch. 202) Bochefontaine: Ueber Physiologische Wirkung des Pyridine. 203) Dembo: Ueber Contractionen des Uterus. 204) Ballet: Ueber einen Fall von circumscripter tuberculöser Meningitis des Lobus paracentralis. 205) Brodeur: Ueber einen Fall von Ataxie locomotrice progressive.

IV. NEUESTE LITERATUR. V. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Beobachtungen über eine bemerkenswerthe Wirkung der statischen Electricität.

Vorläufige Mittheilung

von Dr. S. TH. STEIN in Frankfurt am Main.

Die Einwirkung und Verwendbarkeit statisch-electrischer Spannungsströme für das erkrankte Nervensystem werden von vielen deutschen Electrotherapeuten noch geleugnet, von wenigen für bestimmte Indikationen anerkannt. Wenn nun auch zugegeben werden muss, dass in electrotherapeutischer Hinsicht mit der statischen Elektrizität

bislang nicht viel erreicht worden ist, so sind doch die physiologischen Effecte, welche dieselbe unter geeigneten Umständen auslöst, nicht zu unterschätzen. Auch die galvanischen und faradischen Elektrisationsmethoden sind erst zu allgemeiner Anerkennung gekommen, nachdem die Physiologen deren Einwirkung auf den Organismus gesunder lebender Thiere, sowie des normalen Menschen nachgewiesen hatten. Die Kliniker fingen erst dann allmälig an, sich dieses heutzutage unabweisbaren und unschätzbaren Heilverfahrens zu bedienen. Ich bin, gestützt auf bezügliche Erfahrungen überzeugt, dass es noch im Laufe dieses Decenniums mit der statischen Elektrizität ähnlich gehen wird und kann ich es mir daher nicht versagen, bis ich weitere und eingehendere Beobachtungen auf diesem Gebiete zum Abschlusse gebracht haben werde, einstweilen eine Erfahrung als vorläufige Mittheilung zu publiciren, deren physiologische Bedeutung gewiss von keinem Neurologen unterschätzt werden dürfte.

Als vor einigen Jahren der „Magnetiseur" Hansen Deutschland mit seinen Wandervorstellungen durchzog und derselbe auch dahier in Frankfurt am Main in Privatkreisen auftrat, liess ein hiesiger Crösus sich zur Unterhaltung seiner Gäste 24 Arbeiter kommen, mit denen Hansen seine Experimente an dem betreffenden Abende anstellen sollte. Von diesen Arbeitern waren eine Anzahl aus dem technischen Hilfspersonale der hiesiegen Oper, die übrigen von der Strasse genommen. Es zeigten sich damals von diesen Arbeitern *drei* äusserst empfänglich für hypnotische Versuche, während gleichzeitig aus der geladenen Gesellschaft selbst sich zwei Personen als in hohem Grade empfänglich erwiesen. Ich nahm nun später Gelegenheit mir zwei jener Arbeiter, einen Mann, welcher in dem hiesigen Opernhause mit der Aufstellung des Mobiliars bei Vorstellungen beschäftigt ist, sowie einen Schlosser, der in einer hiesigen Werkstätte arbeitete, zu mir nach Hause kommen zu lassen und an denselben die Erscheinungen des Hypnotismus zu studiren. Ich behielt den mehr Empfänglichen als Versuchsobject im Auge und liess ihn hie und da zum Experimentiren zu mir kommen, ohne zu weiteren bemerkenswerthen Resultaten als zu jenen bekannten Erscheinungen, die von Heidenhain, Berger, Grützner und vielen Anderen beobachtet und beschrieben worden sind, zu gelangen.

Nachdem ich mich, wie in meiner Monographie: „Die allgemeine Elektrisation des menschlichen Körpers[1]" des Näheren auseinandergesetzt, eingehender mit der Einwirkung der statischen Elektrizität befasst hatte, und mir andererseits Herr Dr. V. Holst zu Riga interessante physiologische Beobachtungen brieflich mitgetheilt, welche er an sehr elektrosensitiven Hysterischen mit der statischen Elektrizität gemacht, liess ich mir kürzlich meinen Hypnotiker wieder einmal kommen, um den Einfluss der statischen Elektrizität auf denselben zu prüfen. Ausser verschiedenen Thatsachen, die ich späterer Publikation

[1]) Die allgemeine Elektrisation etc. mit 62 Abbildungen. Halle, Verlag von Wilhelm Knapp. 2. Aufl. 1883.

vorbehalten möchte, will ich eine einzige, weil sie mir von besonderer Bedeutung erscheint, in Kürze hier wiedergeben, vorausschickend, dass das Versuchsindividuum niemals in seinem Leben erkrankt gewesen, ein äusserst kräftiger junger Mann von 26 Jahren ist, blühend aussieht und sein ziemlich anstrengendes Tagewerk (Requisiteur im hiesigen Opernhause) seit mehreren Jahren ohne Störung versieht. Bei diesem Individuum können *alle* diejenigen im Stadium des Hypnotismus ausgeführten Experimente, welche sich auf die muskuläre Sphäre beziehen, auch hervorgerufen werden, wenn derselbe sich in vollkommen wachem Zustande befindet. So wird z. B., wenn er den Arm oder das Bein willkürlich ausstreckt und ich vom Centrum nach der Peripherie einen Strich mit der Handfläche über den ausgestreckten Arm oder das Bein ausführe, dasselbe unbeweglich, muskelstarr sowie vollkommen anästhetisch mit einem Worte kataleptisch. Die stärksten Inductionsströme mittelst eines Du Bois-Reymond'schen, ja sogar eines Ruhmkorff'schen Apparates, dessen Funken bekanntlich höchst schmerzhaft sind, werden, selbst mit der elektrischen Bürste applicirt, nicht empfunden; ebenso können lange Karlsbader Nadeln durch die gesammte Lederhaut und Muskulatur gestochen werden, ohne dass der Betreffende solches fühlt oder gar es weiss, wenn man ihm die Augen verbindet. Wird der Strich einige Male von der Peripherie nach dem Centrum, d. h. von den Fingerspitzen aus nach der Schulter geführt, so löst sich binnen 1 bis 2 Sekunden die Muskelstarre und sofort ist wieder volle Empfindlichkeit vorhanden. Dieselben Experimente können an den unteren Extremitäten, sowie an einzelnen Partien der Rumpfmuskulatur ausgeführt werden. Ich betone nochmals, dass bei diesen Erscheinungen der Betreffende *nicht* hypnotisirt war.

Die gleichen Effecte konnte ich nun in einer eigenthümlichen Reihenfolge mit statischen Spannungsströmen erreichen, wenn ich mittelst der Leitungskette *positive* statische Elektrizität nach dem willkührlich ausgestreckten Arme des Betreffenden leitete und mit der Elektrode von dem Centrum nach der Peripherie, also von der Schulter nach den Fingerspitzen strich. Es wurde der Arm sofort in kataleptische Muskelstarre versetzt und empfindungslos. Wenn ich alsdann (nach einigen Minuten) von der Peripherie nach dem Centrum mit derselben Elektrode zurückfuhr, so entstand Lösung der kataleptischen Starre. Um zu controliren, ob es nicht die Berührung der Elektrode allein sei, welche jene Erscheinungen hervorrief, machte ich das gleiche Experiment mit der gleichen Elektrode nach der Ausscheidung des Stroms und hier hatte ich gar keinen Effekt. Ich nahm nun zur weiteren Controlirung dieser Thatsache den negativen Pol der Influenz-Maschine, verband solchen mit meiner Elektrode und machte die Bewegung in gleicher Anordnung wie mit dem positiven Pole. Ich erhielt keinen Effekt, der Arm blieb normal bewegungsfähig und dem Willen des Versuchs-Individuums unterthan. Nun machte ich mit der negativen Elektrode das Experiment in umgekehrter Richtung und merkwürdigerweise gelang nun das Experiment, aber ebenfalls in umgekehrter Anordnung. Mit dem negativen Spannungs-Strome trat die Muskelstarre und Anästhesie

ein, wenn ich von der Peripherie nach dem Centrum zu mit der Elektrode den Arm bestrich, während bei Bestreichen des erstarrten Arms von dem Centrum nach der Peripherie, umgekehrt wie bei Benutzung der positiven Elektrode der Bann gelöst wurde. Ich habe die gleichartigen Experimente ebenso an den unteren Extremitäten des betreffenden Menschen gemacht und hier die analogen Beobachtungen erzielt. Um mich zu überzeugen, ob diese Erscheinungen nur bei dem Betreffenden zu constatiren seien oder ob auch andere derartige Personen dazu geeignet, liess ich mir den oben erwähnten Schlossergesellen kommen und machte bei diesem die gleichen Experimente mit dem gleichen Effekte. Damit jede weitere subjektive Täuschung meinerseits ausgeschlossen sei, lud ich mehrfach hiesige Collegen zu den erwähnten Experimenten ein; dieselben machten die Beobachtungen mit mir gleichzeitig und bestätigten solche. Ich erhielt übrigens auch die gleichen Effekte, wenn ich den betreffenden Menschen hypnotisirte und in der Hypnose die geschilderten Versuche anstellte, welche ich hier auch auf den gesammten Körper erstreckte, indem ich den Betreffenden auf zwei Stühle legte, mit dem Kopfe auf den einen, mit den Fersen auf den zweiten Stuhl ihn stützend, so dass er frei mit dem ganzen Körper in der Luft schwebte. Es wurde schon bei früheren Versuchen von Anderen constatirt, welches Experiment auch ich mehrfach wiederholt habe, dass man bei Streichen mit der Hand von dem Kopfe nach den Füssen die Katalepsie erregt, bei Streichen von den Füssen nach dem Kopfe die Katalepsie aufhebt. Ein gleiches geschieht in analoger Weise mit der unipolaren Abwechselung positiver und negativer statischer Ströme.

Als ich während einer späteren Versuchsreihe vor Collegen die geschilderten Experimente wiederholte, kam es vor, dass das Versuchs-Individuum auffallender Weise nach der Umschaltung des positiven Stromes zum negativen trotzdem weiter „positiv“ und ebenso umgekehrt nach Einschaltung des positiven Stromes „negativ“ reagirte, also ebenso wie bei der vorangegangenen Versuchsweise, d. h. *vor* der Umschaltung der Ströme. Diese Erscheinung galt den controlirenden Collegen als ein Gegenbeweis für meine Annahme und hielten in Folge dessen der Eine das Versuchsindividuum, von dessen Zuverlässigkeit ich mich übrigens durch mannigfache physikalische, ihm absolut unbekannte und unverständliche Prüfungen überzeugt hatte, für einen Simulanten, der Andere meine Beobachtungen für Selbsttäuschung. Nachdem ich jedoch vorher die Experimente immer stimmend befunden hatte, konnte ich an einen Irrthum meinerseits nicht glauben und war ich in der Lage, die Einwürfe durch den Nachweis zu entkräften, dass in dem Momente, als ich die Pole gewechselt hatte, die beiden Elektrizitäten auf den Scheiben der Influenzmaschine, wie das bekanntlich jedem Physiker häufig vorkommt, umgesprungen waren. Ich verdunkelte das Zimmer, um zu zeigen, dass in der That an den Saugkämmen der Maschine sich die Elektrizitäten entsprechend den umgekehrten physiologischen Erscheinungen bei dem Versuchsindividuum verhielten. Es diente demnach diese Unregelmässigkeit im Spiele der

Influenzmaschine zum unumstösslichen Beweise der Richtigkeit meiner Beobachtungen und hätte mir kein besserer und weniger anfechtbarer Controlversuch begegnen können, wie diese durch Zufall eingetretene Erscheinung.

Aus allem Gesagten geht wohl, insbesondere, da es sich hier um körperlich und geistig ganz gesunde und nicht um hysterische Personen handelt, hervor, dass wir es bei diesen Experimenten nicht mit psychischen Effecten, sondern ganz entschieden mit biologisch-physikalischen Phänomenen zu thun haben und hoffe ich, dass weitere Forschungen uns der Erklärung mancher bisher immer noch räthselhaften Erscheinung auf diesem Gebiete näher bringen werden.

Ich versuchte übrigens ähnliche Effecte mit den beiden Polen eines galvanischen Stromes, sowie mit faradischer Elektrizität zu erhalten; alle bezüglichen Bemühungen fielen jedoch negativ aus. Dagegen dürfte die Mittheilung interessiren, dass bei Applikation galvanischer und faradischer Ströme auf die experimentell kataleptisch gemachten Extremitäten die Erregbarkeit merklich gesteigert war. Die entsprechenden Beobachtungen verschiedener Forscher bei pathologischer, d. h. von selbst eingetretener Katalepsie widersprechen sich in dieser Richtung nach Eulenburg's Zusammenstellung in auffallender Weise (Hdb. d. Krankh. d. Nervensystems. II. 2). M. Rosenthal[1]) fand, dass die faradische und galvanische Reizbarkeit in einem Falle normal, in einem andern Falle sehr gesteigert war, Benedict[2]) erklärt die galvanische Reizbarkeit in solchen Fällen erhöht, die faradische vermindert, Holst[3]) die faradische Contractilität herabgesetzt während Galvanisation vorübergehende Erschlaffung der Gliederstarre bewirke; v. Krafft-Ebing[4]) dagegen fand das faradische und galvanische Verhalten normal.

Schliesslich erlaube ich mir unter Hinweis auf die merkwürdige Analogie des positiven elektrostatischen Stroms mit der Wirkung des Streichens der menschlichen Hand an meinen eigenen in diesen Blättern im Jahre 1880 erschienenen Aufsatz[5]) *über die Positivität der elektrischen Spannung an der Körperoberfläche des Menschen* zu erinnern.

II. Referate.

182) **M. Schiff** (Genf): Ueber die Erregbarkeit des Rückenmarks. (Archiv f. d. ges. Physiologie. Bd. XXVIII. XXIX. XXX. 1882 u. 1883.)

Der um die Physiologie des Rückenmarks so hochverdiente Forscher gibt in diesen drei Artikeln seine Ansichten über die Erregbarkeit

1) M. Rosenthal, Handbuch der Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten, Erlangen 1870.

2) M. Benedikt, Nervenpathologie und Elektrotherapie. Leipzig 1874.

3) V. Holst, Ein elektrotherapeutisch behandelter Fall von Katalepsie. Dorpater medic. Zeitschrift. Bd. II. Heft I. 1874.

4) v. Krafft-Ebing, Ein Fall von Katalepsie. Deutsche Klinik 1874. Nro. 8.

5) **Centralblatt für Nervenheilkunde 1880. Nro. 23.**

des Rückenmarks, wie sie sich im Laufe der Zeit und nach einer ungemein grossen Anzahl exact ausgeführter Versuche gestaltet haben. Es ist bekannt, dass sich der Genfer Physiologe in vielen Punkten mit den bei uns vertretenen Ansichten im Widerspruch befindet und somit konnte es nicht ausbleiben, dass ihm eine oftmals recht scharfe Kritik über die Resultate anderer Forscher mit unterlief. Es ist nicht thunlich und auch dem Zwecke unseres Centralblattes kaum entsprechend, ein vollständiges Bild, das den logischen Deductionen des Verf.'s Schritt für Schritt folgen müsste, hier wiederzugeben und wir begnügen uns damit, neben der Angabe des Inhaltes, einige wichtig scheinende Sätze anzuführen, indem wir unsere Leser auf das Original verweisen.

Der erste Artikel ist den *Hintersträngen und deren Erregbarkeit* gewidmet. Verf. deutet an, dass im Widerspruch mit Stilling wir nicht berechtigt sind, *eigene* von den Wurzelfasern unabhängige Längsfasern der Hinterstränge anzunehmen. Alle ihre Fasern stammen von den Nervenwurzeln und wir können nur unterscheiden zwischen durchtretenden, meist quer und schief verlaufenden und definitiv verbleibenden Fortsetzungen der Nervenwurzeln. Sind die definitiv verbleibenden Fasern wirklich *unempfindlich? Sie* mussten mit Ausschluss der Nervenwurzeln gereizt werden, um aus der Pupillenerweiterung ihre schwache Sensibilität zu erklären. Der Versuch zeigt, dass es diesseits der bekannten, noch schmerzempfindlichen Strecke der Hinterstränge, in der noch durchsetzende Fasern zur grauen Substanz gehen, noch eine andere Strecke gibt, deren Reizung nur sehr schwach empfunden wird, so dass die Thiere wie nach einer gleichgiltigen Tastempfindung reagiren. Was nun den zweiten Artikel und zunächst die „Vorderseitenstränge und graue Substanz“ anbetrifft, so unterzieht Verf. die Versuche van Deen's, Huizinga's und Pick's einer genauen Besprechung. Wir schliessen, sagt er mit van Deen, dass es im Marke überhaupt keine motorischen Elemente gibt, und gegen van Deen, dass die Hinterstränge die einzigen sensibeln Theile des Marks seien. Die übrigen Theile sind nicht sensibel, aber grösstentheils aesthesodisch, d. h. empfindungsleitend. Pick's und Engelken's Versuche lässt er nicht gelten und behauptet, dass, sobald der galv. Strom von einer der Hinterstränge beraubten Rückenmarksstrecke Zuckungen erregt, er dies durch Stromesschleifen und nicht durch nervöse Erregung thue. Sehr wichtig war die Frage nach der Erregbarkeit der „Pyramidenseitenstränge“, die in der menschlichen Pathologie in Betreff der Leitung der Bewegungsantriebe eine so grosse Rolle spielen und die oftmals als einzige motorische Bahnen für die Willensimpulse angesehen worden sind. Sie sind es, die nach Lähmung der sogenannten motor. Centren im Hirn in absteigender Richtung bis in's Lendenmark hinein entarten. In ihrer Bahn sucht Verf. nach seinen neueren Untersuchungen den Sitz der motorischen Ataxie, in sofern sie nicht durch den Verlust des Tastsinns in Folge der Entartung der Hinterstränge erklärt werden kann, oder insofern (wie bei der hereditären Ataxie Friedreich's) die Hinterstränge dabei nicht

erkrankt, sondern nur theilweise atelektatisch sind. Das Resultat der Versuche, welche entscheiden sollten, ob diese Störungen vielleicht electrisch erregbar, also motorisch seien, ergab, dass sobald eine electrische Reizung von der Pyramidenbahn aus Bewegung in den Hinterfüssen bewirkt, dies ausschliesslich durch Stromesschleifen geschieht. Aber es gibt, wie in dem Kapitel „Empfindung“ mitgetheilt wird, reizbare centripetale Nerven, die keine Gefühle zum Bewusstsein bringen, vermuthlich desshalb, weil ihre Bahn nur bis zum verlängerten Mark führt und sich hier in reflectirenden Apparaten verliert. Die diesbezüglichen Untersuchungen von Dittmar, welcher den Effekt der Reizungen menschlicher Rückenmarksfasern auf den Zustand der Gefässmuskulatur zu erforschen strebte, wurden, was den thatsächlichen Inhalt anbetrifft, bestätigt, in ihrer theoretischen Auffassung jedoch bekämpft, und da Dittmar befangen war in der Ansicht, dass mit Mangel des verlängerten Markes jeder Reflex auf die Gefässnerven aufgehört habe, so machte Verf. die Versuche mit vorheriger Ablösung des verlängerten Markes. Von den sensibeln Wurzeln, von den Hintersträngen aus erzeugte die Reizung reflectorische Druckerhöhung mit oder ohne med. oblong. Ohne letztere wird der Erfolg gemildert, aber er bleibt, wenigstens von den Hintersträngen selbst. Aber bei Reizung der von den Hintersträngen entblössten ästhesodischen Substanz bei Abtragung der medull. oblong. war die vorher deutliche Blutdruckerhöhung spurlos verschwunden. Hier also ein Unterschied von den Dittmar'schen Versuchen und der Beweis, dass die Gefässbahnen im Mark nicht electrisch reizbar sind. Ferner lehren die Versuche, dass im eigentlichen Marke und auch in den Abtheilungen desselben, die der reflectirten Bewegung der Blase und des Dickdarms vorstehen, keine *motorischen*, sondern nur *kinesodische* Leitungsbahnen für die Organe vorhanden sind. Verf. schliesst seinen Artikel mit der These, dass im ganzen Rückenmarke, abgesehen von den centralen Bahnen der Wurzeln, keine direkt erregbaren motorischen Elemente vorhanden sind. Was nun „das Rückenmark im Ganzen“ (dritter Artikel) anbetrifft, so erzeugt eine länger dauernde locale Reizung desselben dieselben Reflexbewegungen, die nach ausgedehnter Erregung der *Haut* an denselben Stellen zu entstehen pflegen, in denen sich die von der gereizten Markstelle ausgehenden Empfindungsnerven verbreiten. Auch bei Rückenmarkskrankheiten, sagt Verf., sind die Krampfbewegungen, Contrakturen u. s. w. ausser in den seltenen Fällen, in denen sie einer direkten Reizung der *Wurzeln* im Marke entsprechen, einfach als *reflectirte* zu deuten. Krankheiten der Vorder- und Seitenstränge, die nicht auf die anderen Theile einwirken, erzeugen nie Reizungssymptome, sondern nur mehr oder weniger ausgedehnte Lähmung. Die normalen Reflexe erhalten ungewöhnliche Form und Ausbreitung und werden als „spontane“ Reizsymptome von nicht physiologisch gebildeten Aerzten aufgefasst, wenn Krankheiten der anliegenden grauen Substanz hinzutreten. Alle Folgeerscheinungen, die bei Reizung des unverletzten Rückenmarks auftreten, sind entweder bedingt von gleichzeitiger Reizung *vorderer* Wurzeln, oder sie sind

Reflexe von den Hintersträngen allein oder gleichzeitig von den Hintersträngen und hinteren Wurzeln.

Den Schluss seiner Arbeit bildet ein Anhang, „über die angebliche motorische Erregbarkeit der Grosshirnrinde“, in welchem Verf. seine schon früher mehrfach ausgesprochenen Ansichten über diesen in neuerer Zeit so vielfach ventilirten Gegenstand durch neue Versuche und neue Gesichtspunkte zu kräftigen sucht. Genau wie für das Rückenmark behauptet Verf. auch für das Gehirn, dass die dort vielfach postulirten Bewegungscentren nicht durch galvanische Reize erregbar, und dass die von ihnen ausgehenden Leiter der Bewegung kinesodisch seien. Die Reizversuche von Fritsch-Hitzig sind für die vorliegende Frage nicht zu verwerthen, die Lähmungsversuche derselben nicht beweisend. Verf. behauptet: die Exstirpation der Hitzig'schen (u. auch Ferrier'schen) Rindencentra lähmt nicht die Bewegung eines einzigen Muskels oder einer einzigen Muskelgruppe, ebensowenig sind die Bewegungen geschwächt. Die Modificationen die sich bei langsamer Bewegung der Thiere darbieten in der Haltung der Glieder stimmen überein mit den Modificationen nach Durchschneidung der Hinterstränge des Markes und lassen sich vollständig erklären aus dem Mangel des Berührungsgefühls, aus der daraus resultirenden mangelhaften Kenntniss von der Lage der Glieder, der Spannung der Gelenke u. s. w. Aus den Goltz'schen Versuchen lernen wir, dass in der Tiefe des Vorderhirnes noch Leiter verlaufen, die sich auf andere Empfindungsqualitäten beziehen, während näher der Oberfläche die Tastempfindung vollständig repräsentirt ist. Die Tastempfindungen der verschiedenen Organe müssen aber auch *cerebrale* Centra besitzen, welche noch thätig sein können, wenn alle peripherisch eintretenden tastempfindenden Nerven gelähmt sind, sie können und müssen dann noch in Wechslwirkung mit anderen Centren treten. Diese Ideen auszuführen und zum Gemeingut der Wissenschaft zu machen war die Aufgabe der Munk'schen Arbeiten. Einer neuen Untersuchung für Stütze von des Verf.'s Ansichten bedurfte die Frage nach der absteigenden Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen bei Verletzung der Hirnrinde. Diese secundäre Degeneration fand sich ohne Ausnahme bei allen Hunden nach oberflächlicher Exstirpation der Hitzig'schen Rindenfelder und wie nach Hirnverletzung tritt diese absteigende Degeneration bei an verschiedenen Gegenden des Markes angestellten Versuchen auf und ist noch wochenlang nach der Operation zu erkennen, selbst dann noch, wenn die Thiere sich soweit erholt hatten, dass nur noch die von der Lähmung der Hinterstränge abhangenden Störungen (Ataxie) sichtbar waren. Hinterstränge und Pyramidenseitenstrangbahnen bilden wahrscheinlich dasselbe System und stellen den absteigenden Schenkel eines Reflexbogens dar, durch welchen die Tastgefühle zu zweckmässiger Muskelzusammenziehung führen. Es müssen auch nach Trennung der Pyramidenseitenstränge die Bewegungen ausbleiben, die man durch plötzliche Reizung von den Hitzig'schen Hirnrindenfeldern aus erlangen kann und dies bestätigt der Versuch. Derselbe weist dann auch darauf hin, wo wir den Sitz der Krankheit in der rein motor. Ataxie, in der keine Spur

von Tastsinnslähmung (Friedreich, Kahler, Pick, Gowers) vorkommt, zu suchen haben. Zwischen die beiden Schenkel eines Reflexbogens aber eingeschaltet, muss ein reflectirendes Organ, muss ein in sich differenzirtes Centrum liegen; die Versuche über den Ort und die Hirnabtheilung, welche diese Centren einnehmen, geben noch keinen sicheren Aufschluss, nur das eine ist sicher, dass es keine Rindencentren sind. Die Reizbarkeit der Hirnoberfläche aber dient als Stütze für des Verf.'s Ausführungen über die Erregbarkeit des Rückenmarks. „Beim Hirnreflex, wie beim Rückenmarkreflex sind nur zuleitende Elemente durch künstliche Reize erregbar, die centralen und centrifugalen bis zu dem Anfang der peripheren Bewegungsnerven herab, sind nur für solche Erregungen empfänglich, die ihnen von anderen nervösen Organen übertragen werden, sie sind nicht direkt reizbar, sie sind kinesodisch." Goldstein (Aachen).

---

183) **Olga Gorbinsky:** Sur la durée de l'excitabilité des nerfs après la séparation de leurs centres nutritifs. (Genfer Dissertation 1882.)

Verf. bestätigte das 1841 von Longet publicirte Gesetz über die Erregbarkeit durchschnittener Nerven, welche gänzlich nach dem 4. Tage verschwinden soll, gleichzeitig im Stamm und in den Verzweigungen und ohne Unterschied beim motorischen und gemischten Nerven. Eine etwas längere Dauer der Erregbarkeit wurde als einzige nicht sehr wesentliche Abweichung im Oesophagusaste des Vagus gefunden. Goldstein (Aachen).

---

184) **W. Bechterew** (St. Petersburg): Ergebnisse der Durchschneidung des N. acusticus nebst Erörterung der Bedeutung der semicirculären Kanäle für das Körpergleichgewicht. (Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiologie. Bd. XXX. 1883.)

Wie wir schon früher mittheilten, hatte Verf. gefunden, dass ähnlich wie die Verletzung der halbcirkelförmigen Canäle auch einseitige Zerstörung der Oliven des verlängerten Markes oder Verletzung der centralen Substanz im hinteren seitlichen Theil des 3. Ventrikels Störungen des Gleichgewichts der operirten Thiere zur Folge hatten. In vorliegender Abhandlung werden nun Versuche an Hunden mitgetheilt, welche beweisen, dass einseitige Durchschneidung des N. acusticus Zwangsbewegungen in Form von Rollungen um die Längsaxe des Körpers nach der Seite der Durchschneidung hin hervorrufen, die denselben Charakter und dieselbe Eigenthümlichkeiten (Ablenkung der Augen, Nystagmus, Drehung des Kopfes und Rumpfes u. s. w.) wie jene oben genannten Störungen besitzen. Auch diese Zwangsbewegungen sind Anfangs nach der Operation am heftigsten und treten später auch mehr paroxysmenweise auf, bis schliesslich nur noch Kreisbewegungen und Neigung der Thiere, nach der operirten Seite hin zu fallen, übrig bleibt. Da bei Abtragung der Grosshirnhemisphären und tiefer Narcose die Anfälle bestehen bleiben, so müssen wir sie als reflectorische auffassen. Da sie aber nach der Zerstörung der Hemisphären seltener werden und nur noch auf äussere Reize

eintreten, so muss das Intaktsein des Grosshirns einen begünstigenden Einfluss auf das Zustandekommen der Anfälle ausüben. Nach beiderseitiger Durchschneidung der Hörnerven weisen die Thiere hauptsächlich starke Störungen des Körpergleichgewichts auf, die sich in der Unfähigkeit zu gehen und zu stehen, bei vollständigem Fehlen einer Extremitätenlähmung ausdrücken. Eine versöhnende Stellung zwischen den Anhängern der Reiz- und Ausfallstheorie nimmt Verf. ein, indem er den Satz aufstellt, dass die nach Acusticusdurchschneidung oder nach Zerstörung der Canäle auftretenden Erscheinungen in unmittelbarerer Abhängigkeit wie vom Functionsausfall der operirten Canäle, so auch von der ununterbrochenen normalen Erregung der unversehrten Canäle ständen; letztere brächten gewisse Empfindungen hervor und führen fort, dieselben auf die Bewegungsbahnen zu übertragen. Die Disharmonie in den von zerstörten und erhaltenen Canälen ausgehenden Empfindungen ruft im Bewusstsein eine starke Reaction in Form eines Schwindelanfalls hervor, wahrscheinlich ein wesentliches Moment zur Anregung von unwillkürlichen Bewegungsanfällen. Verf. dehnt diese Anschauung auch auf Olivenkörper, graue Substanz des 3. Ventrikels, Kleinhirn und Stiele des letzteren aus. Die Goltz'sche Hypothese betreffs der Druckschwankungen der Endolymphe erklärt befriedigend die Functionsausübung der Canäle als eines peripheren Organes. Die semicirculären Canäle dienen nicht allein der Gleichgewichtserhaltung des Kopfes, sondern der des ganzen Körpers und stehen in naher functioneller Beziehung zum Gehörsorgan, indem sie wahrscheinlich die Einwirkung der Schalleindrücke auf die Bewegungen und den Gleichgewichtszustand des Körpers vermitteln.

Goldstein (Aachen).

---

185) **D. de Jonge** (Köln): Tumor der medulla oblongata; Diabetes mellitus. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIII. 3. p. 658.)

Der Tumor, bestehend in einem solitären Tuberkel, bei einem Diabeteskranken beobachtet, nahm den zwischen hinterem Olifenende und Ursprung des I. Cervicalnerven gelegenen Abschnitt des linken Hinterhornkopfes: die substantia gelatinosa ein. Da der Knoten weit von der Stelle der Piqûre lag, nimmt Vf. an, dass die Destruction Fasern getroffen hatte, die vom Diabetescentrum auf der Bahn des Sympathicus zur Leber gelangen. Durch mehrere Abildungen sind die Verhältnisse genauer illustrirt.

Langreuter (Dalldorf).

---

186) **Flatten** (Köln): Beitrag zur Pathogenese des Diabetes insipitus. (Arch. f. Psch. u. Nervenkr. XIII. 3. p. 671.)

Zur *Frage der genaueren Lagebestimmung* des *Rautengrubencentrums* dessen Verletzung „*Polyurie* (ohne Meliturie) erzeugt“ (Ursprungsstelle der Nierenvasomotoren) berichtet Vf. über einen Fall von Schädeltrauma, dessen einzige Resultate tolale Lähmung des m. rect. ext. oculi linkerseits, eine minimale Parese des m. rect. ext. rechterseits, u. eine eigenthümliche Störung des Gehörsinns waren, der Art, dass links — bei intactem Gehör für Schallintensität — das Vermögen

Töne wahrzunehmen und verschieden hohe zu unterscheiden, total aufgehoben war. Ausserdem bestand *hochgradige Polyurie* (bis zu 12 Liter Harn pr. die ohne Eiweiss und Zucker). Durch Exclusionsbeweis kommt Vf. zu dem Schlusse, dass der hämorrhagische Herd in der Höhe der Austrittsstelle des Nervus abducens gelegen sei *in einem Querschnitte zwischen Medulla und Pons.*

Langreuter (Dalldorf).

---

187) **Marchand** (Giessen): Beitrag zur Kenntniss der homonymen bilateralen Hemianopsie und der Faserkreuzung im Chiasma opticum.

(v. Gräfe's Archiv XXVIII. 2. p. 63—96.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Hemianopsie mit Sectionsbefund und knüpft im Anschluss daran einige Bemerkungen über den Faserverlauf im Chiasma auf Grund des Verhaltens bei einseitiger Atrophie des N. optic. an.

1) Kräftiger, 21 jähriger Mann, bei dem zufällig $1^1/_3$ Jahre vor seinem Tode das Vorhandensein von Neuroretinitis ophthalmoskopisch diagnosticirt wurde. S. = $^1/_3$, subjective Symptome .unbedeutend. Vier Tage ante mortem bei wiederholter Untersuchung wurde das Vorhandensein bilateraler Hemianopsie, Defect im linken oberen Quadrante des Gesichtsfeldes, festgestellt. Unter heftigen Kopfschmerzen, zunehmender Somnolenz erfolgte am 7. Tage der Tod in tiefem Coma. — Die Section ergab bei sonst normalen Verhältnissen folgendes: die Windungen des Gehirns stark abgeflacht, rechts stärker als links. Die rechte Hirnhemisphäre, besonders der Schläfenlappen ist bedeutend grösser, als die linke. Der ganze Gyrus hippocampi dext. ist stark geschwollen, zeigt blutig rothe Färbung und weiche fluctuirende Consistenz, die in weiterer Umgebung bis zur Grenze des Hinterhorns sich erstreckt. Der an den Schläfenlappen grenzende Theil des rechten tract. optic. ist erweicht, besonders in seinem lateralen Theile. Die Geschwulst war 7 Ctm. lang, 3 Ctm. hoch, 2,5 Ctm. dick und erwies sich als weiches Gliom mit sehr reichlichen stark ectasirten Gefässen, welches sich ganz auf den medialen Theil des Schläfenlappens beschränkte, und das ganze Unterhorn in den neoplastischen Process hineingezogen hatte. Der Gesichtsfelddefect, der den oberen linken Quadrant beiderseits einnahm, kann nur durch die Erweichung des rechten Tractus bedingt sein. Der Tod wurde wahrscheinlich durch Bluterguss in die Geschwulst, hydropischen Erguss in den Ventrikel etc. herbeigeführt. —

2) Eine 30jährige, schwangere Frau litt seit 14 Tagen an Fieberanfällen mit Hinterhaupt-Kopfschmerz. Plötzlich soporöser Anfall mit fast vollständiger Lähmung der ganzen rechten Körperhälfte, während beide Augen nach links abgelenkt waren und höchstens bis zur Mittellinie bewegt werden konnten. Langsame Wiederkehr des Bewusstseins, bei dem eine *rechtsseitige* Hemianopsie constatirt werden konnte. Pupillen normal. Nach 3 Tagen Tod in tiefem Sopor. *Section* ergiebt: die linke Grosshirnhemisphäre war im Bereich des Schläfen- und unteren Theil des Scheitellappens von weicher schwappender Consistenz; Thrombose der Carotis inter. sin. und arter. fossae Sylvii, linker Streifenhügel breiig erweicht, ebenso die weisse Substanz des Centrum semiovale an seiner Seite, die ganze Substanz der Insel, sowie die angrenzenden Theile des Schläfenlappens und die 3. Stirnwindung. Basalwärts ist die Erweichung von der Subst.

perfor. anter. bis an den tract. opt. sin. und über ihn hinaus zu erkennen. Da, wo die thrombosirte Carotis den Tractus kreuzte, zeigte sich eine eingesunkene bräunlich gefärbte Stelle von ca. 1/2 Ctm. Länge, die einen keilförmigen Herd mit der Spitze medianwärts in die Tiefe des Tractus sich erstreckend als wirklicher Infarct sich darstellte. Es handelte sich also um eine scharf begrenzte Läsion *eines* Tractus, die *beiderseitige* Hemianopsie bedingte. Die Affection der Insel kann zu letzterer keine causale Bedeutung haben. —

3) Ein 72jähriger Mann erkrankte an linksseitiger Hemiplegie mit linksseitiger Hemianopsie. Tod nach wenig Monaten. Die Section zeigte das Gehirn im Ganzen klein, Verwachsung der Pia mit der rechten hinteren Oberfläche. Die Spitze des Hinterlappens ist im Umfang einer Haselnuss nekrotisch, und von den tieferen Theilen des Gehirnes durch eine erweichte gelbliche Demarkation von ungefähr 1/2 Ctm. Breite abgezweigt. Dieselbe Beschaffenheit setzt sich an die Oberfläche der benachbarten Windungen an der Convexität des Hinterhauptlappens in ähnlicher Weise fort. Die Marksubstanz ist erweicht und gelb; die übrigen Theile des Hirnes zeigen ausser dem Vorhandensein eines kleinen festen Körpers (Cysticercus) an der unteren Fläche des linken Vorderlappens keine Abnormität.

Verf. knüpft hieran eine kritische Uebersicht der bis jetzt veröffentlichten 22 Fälle von homonymer bilateraler Hemianopsie bei *einseitiger* Erkrankung des Gehirns nach Sectionsresultaten. —

Ferner berichtet Verf. noch über einen Fall von einseitiger Atrophia alb. n. optic., bei dem das Mikroskop zeigte, dass ein Theil der atroph. Nervenfasern, der anfangs am oberen Umfang des Chiasma, später mehr nach der Mitte des Tractus zu gelegen ist, ungekreuzt verläuft; ein anderer Theil tritt allmälig nach dem Tractus der anderen Seite über, und erscheint hier, nach der Trennung am unteren Umfange medianwärts. Die Gudden'sche Auffassung findet darin ihre volle Bestätigung. Wahrscheinlich ist die Trennung in den Tractus keine ganz vollkommene, sondern enthält das ungekreuzte Bündel noch Beimischung des gekreuzten Bündels. Nieden (Bochum).

---

188) **A. Vossius** (Königsberg): Ein Fall von beiderseitigem centralen Scotom mit path. anatomischem Befund. Beitrag zur Kenntniss des Verlaufs der Maculafasern im N. optic., Chiasma und Tractus opticus. (v. Gräfe's Arch. XXVIII. 3. p. 201.)

Nachdem so lange ein tiefes Dunkel über der pathol. Anatomie des Befundes der retrobulbären Neuritis (centrale Amblyopie) in Folge Mangel jeglichen Materials gelagert, will der Zufall, dass fast gleichzeitig uns 3 Befunde mitgetheilt werden können, die auf genauester mikroskopischer Untersuchung beruhend, helles Licht auf die bis dahin unbekannten Zustände und den Verlauf der Sehnervenfasern im Opticusstamme werfen. Die erste Beobachtung von Samelsohn wurde schon im Referat Nro. 401 S. 358 dieses Blattes mitgetheilt, gleich reihte sich an dieselbe eine fast identische von Nettleship (Transact. of the Ophth. Soc. I.) an, denen jetzt die oben erwähnte als gleichwerthige sich anschliesst.

Es handelt sich um einen schon von Binswanger (Arch. für

Psych. Bd. XI. 3.) beschriebenen Fall eines 48jährigen Individuums mässiger Potator, welcher bei freiem Sensorium, an rechtsseitiger Facialis-Parese, totaler motorischer Lähmung der rechten oberen, Parese der rechten unteren Extremität ohne Sensibilitätstörungen und Aphasie und centraler Amblyopie ohne opth. Befund. litt. Die Section ergab an dem Vereinigungspunkt der linken 2. Stirnwindung mit der vorderen Centralwindung einen dreieckigen 2 Ctm. langen, an seiner Basis ebenso breiten gelben Herd. Die vordere Centralwindung ist in ihrem oberen Dritttheil in eine etwa 4 Ctm. lange breiige Masse umgewandelt. Der hintere Theil der oberen Stirnwindung ist ebenfalls erweicht. Die hintere Centralwindung findet sich nirgends afficirt, die Centralfurche ist intact, ebenso die mediane Fläche der Centralwindungen. Nirgends weiter Herderkrankungen auf der Oberfläche. Die Rinde ist im Bereich des Herdes ganz zerstört, darunter liegt eine wallnussgrosse Höhle, gefüllt mit bräunlich klarer Flüssigkeit. Dieselbe erstreckt sich bis dicht an die äussere Kapsel, an das Dach des Ventrikels und den Balken. Aeusserlich liess sich an dem Sehnerv, dem Chiasma und rechtem Tractus keine erhebliche Anomalie constatiren, während mikroskopisch erhebliche Veränderungen nachgewiesen wurden, die so auch nur die Erklärung für das Vorhandensein des centralen Scotoms abgeben konnte, welches selbst nach dem Sectionsbefund des Herdes in der motorischen Rindenzone und dem Centrum ovale unerklärbar erschien. Als Ursache des Scotoms zeigte sich nun eine partielle Atrophie der Sehnerven von der Papille bis ins Chiasma und den Tractus, und zwar in der Gegend des fasc. cruciatus und non cruciatus je ein gesonderter atrophischer Herd, während sich im Chiasma die zusammengehörigen Fasern bereits vereinigt hatten und in den Sehnervenstämmen bis in die Retina beisammen verliefen. Darnach liegen die die Maculagegend versorgenden Sehnervenfasern im Tractus am ventralen Rande und im oberen äusseren Quadranten in zwei von einander getrennten Bezirken. Im Chiasma liegen dieselben dicht unterhalb des Bodens des Recessus opticus, bleiben dort auch immer mehr in der dorsalen Hälfte und verlaufen in dem intracraniellen Abschnitt der Sehnerven bis zum Foramen optic. genau central. Während sie nun bis jetzt ein liegendes Oval dargestellt, bilden sie zunächst in der Orbita ein mehr stehendes Oval, das direct hinter dem Foramen opticum nicht genau central, sondern mehr temporalwärts gelegen ist. Die temporale Seite behalten sie bei, und verlaufen bis in die Papille hinein fast genau im unteren äusseren Sector des Opticusquerschnittes in Gestalt eines Keiles, dessen Basis am Rand des Sehnerven, dessen Spitze die Stelle der Centralgefässe bildet. Von Interesse war ferner noch, das Vorhandensein von Amyloidkörperchen im ganzen Verlauf der atrophischen Zone vom Tractus durch das Chiasma bis in die Retina hinein. Nieden (Bochum).

---

189) **E. H. Linnell** (Norwich): Ein Fall von binocularer Hemianopsie sin. mit einem Bericht über Autopsie und mikrosk. Untersuchung.

(Arch. f. Augenheilk. XII. 2. p. 183.)

Ein 63 Jähriger litt an Paralysis agitans der rechten Seite, der

sich partielle Anästhesie später anschloss. Nach einem plötzlichen Anfall vom heftigstem Kopfweh trat vorübergehend totale Erblindung ein. Die Sehkraft kam allerdings allmälig wieder, doch nicht vollkommen und nur für die rechte Seite beider Gesichtsfelder, so dass also eine binoculäre linksseitige Hemianopsie bestehen blieb. Pupillen verengt, Augenhintergrund normal. Diese Anfälle wiederholten sich im Laufe von 2 Jahren öfter, der Tremor wurde stärker, das Sehvermögen nahm mehr ab und traten klonische Krämpfe in den Extremität- und Nackenmuskeln hinzu. Tod im Coma. Bei der Section fand sich im Centrum der rechten Grosshirnhemisphäre ein ca. 4 Ctm. langes und 2 Ctm. dickes festes Coagulum in der Medullarsubstanz eingebettet, welches nirgends die Corticalis mitafficirt hatte. Die corp. quadrigemina waren deutlich entartet, und zeigten das Bild der weissen Erweichung und zwar links mehr wie rechts. Dort hatte sie die corp. geniculat., die hinteren und unteren Theile des Thalamus opticus sin., sowie den Boden des 4. Ventrikels mitafficirt. Chiasma und Nervi optici erschienen gesund. In den mikroskop. Präparaten des linken Thalamus wurden kleine, glänzende kugelige Körper gefunden, homogen und stark lichtbrechend, deren eigentliche Natur, da sie nicht wie amyloide Degenerationen reagirten, sich nicht bestimmen liess.

Nieden (Bochum).

---

190) **O. Hebold** (Andernach): Subnormale Temperaturen bei Geisteskranken. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIII. 3. p. 685).

Beobachtungen von 4 einschlägigen Fällen, (Paralyse u. Blödsinn) bei denen äussere Einflüsse für die Temperaturherabsetzung mit Sicherheit auszuschliessen waren. Vf. führt deshalb die Störung der Wärmeregulirung auf centrale Ursachen zurück.

Langreuter (Dalldorf).

---

191) **Moeli** (Berlin): Die Reaction der Pupillen Geisteskranker bei Reizung sensibler Nerven. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrh. XIII 3. p. 602.)

Während bei Gesunden nach sensiblen Reizen (Kneifen, galvanischer Strom) — abgesehen von dem höheren Lebensalter, — fast immer Dilatation der Pupillen eintritt, fand M., dass eine solche bei Paralytikern fast immer fehlte, und zwar waren dies meistens solche Fälle, bei denen zu gleicher Zeit Pupillenstare nach Lichtreiz (intensive Beleuchtung in dunkelem Raume) vorhanden war. Die Pupillenreaction war sehr viel *häufiger* bei den Kranken mit *fehlendem Kniephänomen*, wo also keine Erkrankung der äusseren Abschnitte der Hinterstränge im Lendenmark vorhanden ist. Die Krankheitserscheinungen der Pupillen gingen bald dem Erlöschen des Kniephänomens voran, bald war es umgekehrt.

Während Epileptische in der freien Zeit normales Pupillenverhalten zeigen, sind während des Anfalles vielfache Schwankungen vorhanden. Die beiden reflectorischen Aenderungen der Pupillenweite gehen meistens parallel. Aehnlich verhält es sich in comatösen Zuständen.

Weil bei erregbaren Individuen, besonders jugendlichen, eine Pupillendilatation auf die verschiedensten Reize eintreten kann, „könnte man sich versucht fühlen“ dem *psychischen Eindruck* eine grosse Rolle beizumessen; doch spricht dagegen nach Moeli's Ansicht die Pup.-Veränderung im Schlaf, während der Narcose etc; ferner das Verhalten dreier hysterischer hemianaesthetischer Kranken, die beim Kneifen etc. der Haut *auf der erkrankten Seite* (ohne Wissen der P. P.) deutliche Dilatation der Pupillen zeigten.

M. glaubt nach alledem, dass das Fehlen der Pupillendilatation bei Paralytischen nicht auf Veränderung der Grosshirnhemisphäre zu beziehen sei, es könne sich aber um eine *Veränderung der Fasern des Sympathicus*, oder um eine *Störung* an der Uebertragungsstelle des *Reflexes* im Mittelhirne resp. Med. oblong handeln. Es sei dies ein weiterer Hinweis, dass es sich bei der Paralyse um „weit durch das Centralnervensystem verbreitete, auch entfernt von der Hirnrinde lokalisirte Störungen“ handle. Langreuter Dalldorf).

---

192) **Bonfigli:** I pellagrosi accolti nel manicomio provinciale di Ferrara durante l'anno 1879. (Bericht über die im Jahre 1879 aufgenommenen Pellagrosen.) (Est. d. Boll. mens. d. manic. prov. di Ferrara Nro. 4. 1880. al Nro. 11. 1882, Ferrara 1883, 128 S.)

In der Provinzial-Irrenanstalt zu Ferrara wurden im Jahre 1879 — 86 Pellagrose aufgenommen, merklich weniger, als in den benachbarten Jahren. Davon waren 32 männlichen, 54 weiblichen Geschlechtes. Im Laufe des Jahres 1879 wurden 15 geheilt, 28 starben, 35 verblieben am Schlusse des Jahres in Behandlung. Es zeigte sich, dass mit den Preisen der Lebensmittel im Winter die Anzahl der Pellagrösen des darauffolgenden Jahres steigt und fällt. B. glaubt, dass die Pellagra nicht durch eine bestimmte toxische Substanz sondern durch die ungenügende Ernährung erzeugt wird und sucht seine Ansicht durch ziffermässige Angaben zu begründen.

Bezugs der *Anamnese* ergab sich, dass die grösste Zahl der Kranken durch viele Monate nur von Wasser und Polenta allein lebte und von letzterer nicht einmal genug bekam (unter 700 Gramm Maismehl per Kopf und Tag). Der Mais war nicht, oder unbedeutend verdorben, von der Art, wie die Colonnen (Erbpächter) ihn gewöhnlich essen, die dabei höchst selten an Pellagra erkranken. Alle Umstände, welche die chronische Inanition befördern (Malaria u. dgl.), befördern auch die Erkrankung an Pellagra. Die Wohnungen der armen Feldarbeiter, welche weitaus die meisten Kranken liefern, sind natürlich auch schlecht genug. Erbliche Anlage findet sich 22 mal angegeben, betrifft aber wohl weniger die Pellagra, als die Geistesstörung. Bezugs des Geschlechtes ist das weibliche, bezugs des Alters sind bei Männern die Jahre zwischen 40 und 60, bei Frauen zwischen 30 und 50 am meisten heimgesucht. Die Erkrankungszeit fällt gewöhnlich in den Frühling — nach den Entbehrungen des Winters.

Was die *Symptomatologie* anlangt, so waren erstlich von den

86 — 85 bei ihrer Aufnahme körperlich herabgekommen, der 86te nur desshalb nicht, weil er kurz vorher erst aus der Anstalt entlassen worden war. Alle hatten einen erdfarbigen Teint. Das pellagröse Erythem an der Dorsalfläche der Hand wurde häufig, immer dann beobachtet, wenn die Betreffenden mit schon atrophischen Hautdecken sich der Frühlingssonne exponirt hatten. Unstillbare Diarrhöen waren häufig (37 mal), aber auch hartnäckige Verstopfung kam vor, sowie wechselndes Verhalten. Die Körperkraft war bei der Hälfte der Kranken derart herabgesetzt, dass sie sich nicht ausser Bett erhalten konnten. Eine eigenthümliche Körperhaltung (Rückwärtsneigen beim Stehen) erklärt sich auch aus der Ermüdung.

Ueber das Verhältniss der geisteskranken zu den geistesgesunden Pellagrosen sind genaue Daten nicht bekannt. In der Anstalt zeigte sich bei den schwersten Fällen, die auch körperlich am meisten herabgekommen waren, eine Art Stupor, bei den übrigen (43) vage Delirien auf melancholischer Basis. Hallucinationen wurden nur bei 14 beobachtet. Ein Gefühl von Hitze in der Haut wird manchmal als characteristisch angegeben, B. fand es in einer Anzahl von Jahren nur einmal bei einer Kranken, die früher an Krätze gelitten hatte. Selbstmordversuche waren sehr häufig (bei 37) vorausgegangen, dass dabei häufig der Tod im Wasser gesucht wurde, erklärt sich auch besser aus der nahen Gelegenheit in einem von Canälen vielfach durchfurchtem Lande, als aus jenem problematischen Hitzegefühl. Nahrungsverweigerung kam häufig vor (bei 22), aber mehr aus Unbehülflichkeit der stuporösen, als aus Furcht vor Vergiftung. Ein leichter Grad von Sprachstörung, ähnlich wie bei den Paralytikern fand sich 13 mal. Kopfschmerzen wurden nicht häufig angegeben. Andere Symptome fanden sich zu sehr vereinzelt vor, als dass man sie für charakteristisch beanspruchen könnte. Dass bei den schweren Formen Decubitus häufig war, ist erklärlich. Fieber kam öfter vor, wird aber auf Complicationen bezogen.

Der *Ausgang* der Krankheit ist Tod, oder, häufiger, Genesung; chronischer Verlauf ist selten und dann ist es auch nicht die Pellagra, welche chronisch wird, sondern die Geistesstörung, für die vielleicht erbliche Belastung bestand. Recidiven sind sehr häufig, wie leicht erklärlich, wenn die Genesenen wieder in ihre alten, krank machenden, Verhältnisse zurück kommen.

Der *pathologische Befund* bei 24 Obducirten ergab Atrophie der Hirnrinde 20 mal, der Marksubstanz 21 mal, anderer Hirntheile 17 mal; Anämie der Rinde 17 mal, des Markes 23 mal, der Pia mater 11 mal; Oedem der Pia 8 mal. Es fand sich Blässe und Atrophie der Muskel bei 16, der Eingeweide bei 11, Fettdegeneration der Leber bei 9, des Herzens bei 3, Atrophie der Nieren bei 5. Hypostatische Hyperämie der Hirnsubstanz kam bei 9 vor, der Pia mater bei 13, der Nieren bei 9; hypostatische Pneumonie bei 11, Typhlitis ulcerativa bei 13, Pachymeningitis haemorrhagica bei 9. Andere Läsionen werden auf Complicationen bezogen.

Die *Behandlung* war vorzugsweise auf die Kräftigung des Körpers gerichtet und erreichte ihren Zweck immer dann, wenn jener noch nicht gar zu arg herab gekommen war.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

III. Vereinsberichte.

I. K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 23. Febr. 1883. (Originalbericht).

193) Prof. **Nothnagel** stellt 3 Kranke vor:

1. einen Mann mit *Thrombose des Sinus longitudinalis;* es sind die Venen der Kopfhaut, vorzüglich über dem Schädeldache stark erweitert. Gleichzeitig bestehender Exophthalmus lässt annehmen, dass auch Thrombose der Sinus cavernosi vorhanden ist. Nebenbei sind auch Amaurose, Stauungspapille und Sehnervenatrophie vorhanden. Die Ursache des Prozesses ist nicht nachzuweisen, am ehesten könnte noch an Pachymeningitis chronica gedacht werden. Eine derartige Thrombose des Sinus longit. ist bei Erwachsenen selten; bei Kindern will N. dieselbe wiederholt gesehen haben.

2. Ein Mädchen, welches beim Gehen die Tendenz hat nach links hinüber zu fallen; auch beim Sitzen oder Stehen macht sich diese Neigung nach links zu fallen geltend. Fortwährender Schwindel besonders beim Uebergang von der horizontalen in die verticale Lage, hochgradige Verminderung des Muskelsinnes an der linken Seite; sie bemerkt passive Lageveränderungen an den Extremitäten der genannten Seite kaum, Gewichte werden mit der linken Hand nur schlecht unterschieden. Die Sensibilität der linken Seite ist nur wenig vermindert, ebenso die Motilität. Nothnagel möchte den Process, dessen Natur sich nicht angeben lässt, in die Centralwindungen der rechten Seite verlegen.

3. Ein junger Mann, bei welchem N. Trombose einzelner Aeste der A. basilaris vermuthet. Schwankender Gang, Parese der beiden Extremitäten linkerseits und des rechten facialis.

An die beiden letzten Fälle knüpft der Vortragende eine Darstellung der Muskelsinnstörungen dei den verschiedenen Erkrankungen des Centralnervensystems.

Obersteiner (Wien).

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 12. März 1883 (Originalbericht).

194) **Pelizaeus:** *Ueber das Kniephänomen bei Kindern.* Vortr. hat seine Untersuchungen an einer grossen Zahl von Schulknaben im Alter von 9—13 Jahren angestellt und gefunden, dass bei 0,4 pro mille der Patellareflex fehlte, während Berger 15 und Eulenburg 20 pro mille angegeben haben.

Bei zwei Knaben liess sich der Reflex zeitweise hervorrufen, zeitweise nicht. Bei zwei anderen konnte sich Vortragender erst nach mehrfachen vergeblichen Untersuchungen vom Vorhandensein des

Kniephänomens überzeugen. Die Zahlen Berger's und Eulenburgs seien wahrscheinlich zu hoch.

Westphal bestätigt das zeitweilige bisher unerklärte Fehlen des Reflexes.

195) **Wernicke:** *Ueber einen Fall von Tabes mit Herdsymptomen.*

Ein 51jähriger, seit 5 Jahren Tabeskranker, seit 3 Jahren an Gehstörung leidender Kutscher hatte vor der Aufnahme vorübergehend Doppeltsehen und Pupillendifferenz gezeigt, die vorgenommene Dehnung beider Ischiadici war ohne Erfolg. 4 Monate nach der Aufnahme Anfall von klonischen Krämpfen mit initialem Schrei u. Bewusstseinsverlust. Nach dem Anfalle Benommenheit und Sprachlosigkeit Tags darauf war Pat. klar, aber die Aphasie, die der Vortr. als sensorisch bezeichnet, bestand fort. Nach erneuten Anfällen litt auch die Intelligenz des Kranken, der marastisch starb. Die Section ergab einen Erweichungsherd von Pflaumengrösse im linken Schläfenlappen, abgeplattete und verschmälerte Windungen, Anwesenheit von Körnchenzellen im Herde und dem ganzen linken Schläfenlappen und fettige Degeneration der Ganglienzellen daselbst. Bezugnehmend auf einen Vortrag von Bernhardt (cf Ref. dieses Bl. Seite 555) schliesst Vortr., dass es sich hier um eine von der Tabes unabhängige Complication derselben handle und beim Auftreten von Herdsymptomen im Verlaufe der Tabes immer eine palpable Veränderung im Gehirn zu finden sei.

196) **Rabow**: *Zur Casuistik der angeborenen conträren Sexualempfindung.* R. verlas die Selbstschilderung eines solchen Kranken. Der Fall entsprach ganz dem von Westphal definirten Krankheitsbilde auch bezüglich der erblichen Belastung und sonstigen psychischen Abnormität. Die Selbschilderung war um so prägnanter und klassischer, als der Schreiber die Literatur seiner Krankheit selbst mit Eifer studirt hatte. Matusch (Dalldorf).

III. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzungen vom 6. und 20. März 1883. (Originalbericht.)

197) **Eisenlohr** spricht über *acute aufsteigende Spinallähmung* (Landry'sche Paralyse). Nach einer kurzen Darstellung des bis jetzt über diese Krankheitsform Bekannten theilt er einen Fall mit, den er Ende 1882 auf der Abtheilung des Oberarztes Dr. Bülau im allgemeinen Krankenhause beobachtete. Es handelte sich um einen Mann von mittleren Jahren, der vorher nie erheblich krank gewesen war und noch zwei Tage vor Beginn der Spinallähmung über eine Stunde Wegs zurück gelegt hatte. Derselbe fühlte zuerst eine bedeutende Schwäche in den Beinen, die sich rasch zur Lähmung gestaltete. Schmerzen fehlten gänzlich. In das Krankenhaus aufgenommen, wurde Pat. in Kurzem auch am Rumpfe und schliesslich an den Armen völlig gelähmt. Fieber war nicht vorhanden, Blase und Mastdarm functionirten normal, die Sensibilität war nicht verändert, die Reflexe und die elektrische Erregbarkeit normal. Gegen Ende der ersten Krankheitswoche traten zweimal vorübergehend leichte Respirationsstörungen auf; das Schlucken dagegen ging stets ohne merkliche Störungen von

Statten. Schliesslich befiel die Lähmung auch die Nackenmuskulatur und Pat. ging nach mehreren Tagen zu Grunde. Muskelatrophien waren nirgends aufgetreten. Bei der mikroscopischen Untersuchung des in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten Rückenmarks und der Oblongata wurden, abgesehen von zwei oder drei ganz unbedeutenden capillären Hämorrhagien im Halstheil und einer geringen Ausschwitzung in der vorderen Fissur des Lendentheils, nichts Pathologisches gefunden.

Hierauf geht der Vortragende zu den verschiedenen Theorien über das Wesen der geschilderten Krankheitsform über, erwähnt, dass die Einen die Landry'sche Paralyse für nahe verwandt mit der Duchenné'schen Paralyse (der acuten atrophischen Spinallähmung) halten, während Andre — vor Allem Westphal — sie von letzterer ganz getrennt wissen wollen, und schliesst damit, dass er zwar nicht an die Einheit der genannten Krankheiten glaube, jedoch aus seinen eignen und aus den in der Literatur niedergelegten fremden Beobachtungen sich berechtigt glaube, vom klinischen Standpunkt aus Uebergangsformen zwischen beiden Krankheiten annehmen zu dürfen. —

In der am 20. d. M. an diesen Vortrag sich knüpfenden Diskussion berichtet Dehn zunächst über einen der nämlichen Krankheitsform angehörenden Fall, den er im Oct. 1882 beobachtete, und der ebenfalls innerhalb von noch nicht zwei Wochen lethal endete. Derselbe betraf eine Dame kurz vor den 30ger Jahren, die früher manchmal an Migräne gelitten hatte. Ihre Mutter bekam noch häufiger Migräneanfälle, sonst war nichts von einer neuropathischen Anlage in der Familie vorhanden. Die Spinallähmung trat nach einem Wochenbette ein, befiel zuerst die unteren Extremitäten, stieg dann rasch nach oben, so dass sie schliesslich den ganzen Rumpf, die Arme und den Nacken ergriff. Ausser leichten Parästhesien in den Beinen ergaben sich weder subjektive noch objektive Sensibilitätsstörungen, Blase und Mastdarm zeigten ungestörte Funktionirung, allein das Schlucken ging sehr bald schlecht von Statten, und es stellten sich in zunehmendem Masse Respirationsstörungen ein. Die elektrische Erregbarkeit war ungestört, die Reflexe, welche ganz zu Anfang nur etwas herabgesetzt erschienen, nahmen immer mehr ab. Atrophien der Muskeln sind durchaus nicht aufgetreten.

Die Section konnte leider nicht gemacht werden. — D. huldigt für seine Person der Ansicht, dass die Landry'sche und Duchenné'sche Paralyse eigentlich nur ganz unwesentliche Unterschiede zeigten und dass beide, ganz wie die Bulbärparalyse, ihren gemeinschaftlichen Sitz in den grauen Vordersäulen des Rückenmarks hätten. Es kämen ja einerseits bei einzelnen unzweifelhaften Fällen Landry'scher Paralyse Atrophien der Muskeln vor — wenn auch nicht so intensiv wie bei der Duchenné'schen Paralyse, auf der anderen Seite seien hier und da die mikroscopischen Befunde bei letzterer ebenso wenig positiv ausgefallen wie bei ersterer.

Reinhard berichtet ebenfalls über einen von ihm selbst beobachteten Fall von *acuter aufsteigender Spinallähmung*. Derselbe unterschied sich von demjenigen D's. dadurch, dass sonst gar keine Spur

von bulbären Symptomen auftrat, dass die Reflexe während der ganzen Dauer unverändert blieben und dass nach Verlauf von 4 Wochen völlige Heilung eingetreten war. — R. wendet sich nun zunächst gegen die Bezeichnung: *akute „aufsteigende“ Spinallähmung.* Seiner Meinung nach müsse es viel eher heissen: *akute „nicht atrophische“ Spinallähmung*; denn der Gang der Lähmung sei nicht immer aufsteigend, sondern zuweilen umgekehrt, und auch bei der acuten atrophischen Spinallähmung (Duchenné's Paralyse) sei das Aufsteigen des Krankheitsprocesses nichts Seltenes, der Hauptunterschied zwischen beiden Krankheitsformen liege vielmehr in dem Fehlen von Muskelatrophie bei der erstgenannten Form.

Was das Wesen der Landry'schen Paralyse betreffe, so erinnere dasselbe sehr an die nach acuten Infectionskrankheiten auftretenden Paralysen, bei denen man, wo sie einmal zur Sektion gekommen seien, auch keine Aufklärung durch das Mikroscop erreicht habe. Seiner Meinung nach handelt es sich um eine ähnliche schwere Ernährungsstörung im Rückenmark, wie sie z. B. bei manchen post-diphtheritischen oder -typhösen Spinallähmungen angenommen werden muss, während bei der akuten atrophischen Spinallähmung wohl ein anderer (vielleicht entzündlicher) Process im Spiele sei, der dauernde Residuen im Rückenmarke zurücklasse. Dass der Krankheitsprocess bei beiden Formen in den grauen Vordersäulen verläuft, ist auch R.'s Meinung, dass er aber bei der Landry'schen Paralyse keine Muskelatrophie hervorruft, sucht R. durch eine Hypothese zu erklären, indem er auf die Erb'sche Vermuthung hinweisst, dass die trophischen und die motorischen Funktionen verschiedenen Ganglienarten anvertraut sind. Man könnte nämlich annehmen, dass die trophischen Ganglienzellen resistenter sind als die motorischen und deshalb nicht von der Ernährungsstörung mitergriffen werden, während sie dem laut seinem mikroscopischen Befunde, jedenfalls tiefer gehenden Krankheitsprocess in der acuten atrophischen Spinallähmung keinen Widerstand zu leisten vermögen. Oder man könnte annehmen, dass je nach dem Krankheitsprocesse überhaupt bald die eine, bald die andere, bald beide Ganglienzellen-Arten zugleich ergriffen werden. Dass bei der acuten aufsteigenden Paralyse in der Mehrzahl zuerst die unteren Extremitäten befallen werden, lässt sich vielleicht so erklären, dass diejenige motorische Zellengruppe, an welche gewöhnlich die stärksten Ansprüche gestellt werden, auch am ehesten krankhaften Einflüssen unterworfen wird. Schliesslich fragt er E., ob die Reflexe in seinem Falle unverändert geblieben seien. Er habe Grund zu der Annahme, dass ein Sinken oder gar Schwinden der Reflexe für die Prognose ein übles Zeichen sei.

Eisenlohr erwiedert, dass er in der vorgeschlagenen Aenderung der Krankheitsbenennung keinen Vortheil und zu derselben keine sachliche Nöthigung erblicke, denn es kämen auch bei manchen Fällen von unzweifelhafter acuter aufsteigender Spinallähmung Muskelatrophien vor, und sodann sei der aufsteigende Verlauf des Lähmungsprocesses gegenüber der acuten atrophischen Spinallähmung doch ein ganz bedeutend viel häufigerer. Im übrigen glaubt er um so eher daran festhal-

ten zu dürfen, dass es Uebergangs- oder Mittelformen zwischen den beiden Krankheitsformen gebe, weil auch die sogen. Erb'sche Mittelform der elektrischen Erregbarkeit darauf hin zu deuten scheine. Was die Reflexe in seinem Fall betrifft, so wurden dieselben allerdings allmälig schwächer.

Dehn weist bezüglich des Wesens der Landry'schen Paralyse noch darauf hin, dass er kürzlich erst einen derselben ähnlichen Fall nach Pocken beobachtet habe. Auch er neigt zu der Ansicht, dass das Sinken der Reflexe ein ungünstiges Zeichen ist.

Reinhardt hebt E. gegenüber hervor, dass es sich hier nur um primär resp. gleichzeitig mit der Lähmung anftretende und intensive Atrophie der Muskeln handeln könne, und diese komme bei reinen Formen der Landry'schen Paralyse nicht vor, sondern es könnten nur in Folge der Lähmung und Bewegungslosigkeit Atrophien eintreten. Wo wirklich gleichzeitig mit der Lähmung oder kurz nach derselben intensive Atrophien beobachtet seien, habe man, so viel ihm bekannt, im Rückenmarke stets einzelne charakteristische Befunde wahrgenommen. Diese Fälle könne er eben, wie gesagt, nicht als reine gelten lassen.

Nach Erledigung eines Missverständnisses E.'s wird die Discussion geschlossen. Reinhard (Hamburg).

IV. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 23. Decbr. 1882. (Le Progrès med. Januar 1883.)

198) **Féré** über *Sclérose descendante du faisceau pyramidal.* Vortr. macht auf die von Charcot signalisirten Fälle aufmerksam, in denen die secundäre Degeneration nach Läsion der motorischen Zonen an dem inneren Bündel des unteren Theiles des Pedunculus und nicht in seiner mittleren Region, wie man das gewöhnlich beobachtet, zu finden war. Er selbst hat diese Anomalie in 18 Fällen zu constatiren Gelegenheit gehabt.

199) **Brown-Sequard** setzt seine Mittheilungen über *allgemeine Anästhesie* nach Application von *Kohlensäure und Chloroform* fort. — Nach vorhergegangener Durchschneidung des Nervus laryngeus ist die durch Kohlensäure oder Chloroform hervorgerufene Anästhesie am deutlichsten ausgesprochen auf der dem durchschnittenen Nerven entgegengesetzten Seite.

Mitunter ist die Anästhesie nur einseitig. — Auf den Einwurf von Paul Bert, ob die Anästhesie nicht durch die blosse Erschütterung hervorgerufen sei und ob man nicht mit einem Strahl von Luft oder Sauerstoff zu demselben Resultate gelangen würde, entgegnet B.-S., dass er auch mit diesen Agentien experimentirt habe, ohne zu positiven Resultaten gekommen zu sein. —

200) **Dembo** über *Nervöse Centren für die Uteruscontractionen.*

Vortr. glaubt beweisen zu können, dass die *Uteruszusammenziehungen,* unabhängig vom cerebrospinalen Nervensystem, durch autochthone Centren, welche in der vordern Vaginalwand ihren Sitz haben, geregelt werden. Wahrscheinlich existiren noch andere in den Anne-

xen des Uterus. Die auf elektrische Reizung der vorderen Scheidewand eintretenden allgemeinen Uteruscontractionen sprechen für die Richtigkeit seiner Behauptung. Er hat an der betreffenden Stelle ein nervöses Gangliennetz gefunden, welches er demonstrirt. — Paul Bert behauptet, indem er sich auf ein Experiment beruft, dass ein gewisser Einfluss der spinalen Centren auf das Zustandekommen der Uteruscontractionen nicht in Abrede gestellt werden kann.

Sitzung vom 30. Decbr. 1882.

201) **Orchansky** (Petersburg) über *localisirte Bewegungen vermittelst electrischer Reizung durch die Schädelkapsel hindurch,* hat seine Experimente (an Hunden) angestellt, indem er den Schädel blosslegte und die Intensität des Stromes im Verhältniss zur Dicke des Knochens einrichtete. Er hat auf diese Weise einige Bewegungen in den Muskeln des Halses und der unteren Extremitäten erhalten. Etwas Gesetzmässiges war dabei indess nicht zu constatiren.

202) *Physiologische Wirkung des Pyridine.* **Bochefontaine** hat einem Meerschweinchen 1 ccm. Pyridine, gelöst in derselben Menge Wasser, unter die Haut gespritzt. Das Thier ist seit mehreren Stunden in tiefem Schlaf und scheint anästhesirt zu sein. — Laborde hat nach subcutaner Application dieses Mittels tiefe Muskelresolution eintreten gesehen mit Intermittenz der Herzthätigkeit, welche auf anfängliche Erregung folgte. Schliesslich trat Herzstillstand ein.

V. Academie de Médecine zu Paris.

Sitzung vom 9. Januar 1883. (Le Progrès méd. Februar 1883.)

203) Vulpian spricht über eine Mittheilung von **Dembo** (Petersburg) bezüglich der *Contractionen des Uterus* unter *dem Einflusse* der *electrischen Ströme.* Im Gegensatz zu der in einer früheren Sitzung abgegebenen Erklärung von Onimus giebt D. an, dass der leere Uterus sich unter dem Einflusse der faradischen Reizung contrahirt. Bei dem schwangeren Uterus sei dieser Effect weit weniger ausgesprochen.

VI. Société anatomique zu Paris.

Sitzung von 24. März 1882. (Le Progrès méd. Februar 1883.)

204) **Ballet** demonstrirt einen Fall von *circumscripter tuberculöser Meningitis des Lobus paracentralis.* —

Die benachbarten Partien sind durchaus gesund. Die Kranke hatte während 6 Wochen an einer Monoplegie, welche auf die untere Extremität beschränkt war, gelitten; daneben 2 Anfälle von partieller Epilepsie. Bei einem dritten Anfalle hatte sich Lähmung der oberen Extremität zu derjenigen des Beines gesellt. Keine Facialisparalyse; keine Sensibilitätsstörungen.

Charcot berichtet, eine Frau mit Monoplegie der unteren Extremität behandelt zu haben. In diesem Falle wurden weder Sensibilitätsstörungen noch epileptiforme Convulsionen beobachtet.

Bei der Autopsie fand sich nichts anders als ein genau begrenzter Herd von rother Erweichung an der Innenfläche des Lobus paracentralis.

Sitzung vom 7. April 1882. (Le Progrès med. März 1883.)

205) **Brodeur** berichtet über einen interessanten Fall von *Ataxie locomotrice progressive.* Es handelt sich um einen 45 jährigen Mann. Es sei hier nur kurz der Inhalt des ausführlich mitgetheilten Falles angegeben: — Excesse in Baccho und in Venere. Weicher Chancer mit suppurirender Adenitis. Keine syphilitischen Erscheinungen. Lancinirende Schmerzen. Incoordination der willkürlichen Bewegungen.

Crises laryngées, gastriques, vésicales et anales. — Incontinenz der Blase und des Rectums. Unstillbares Erbrechen. — Sensibilitätsstörungen. Fehlen der Sehnenreflexe. — Vollständige Amaurose. — Ausfallen der Zähne. — Plötzlicher Tod. —

Bei der Autopsie findet man ausgebreitete *Pacchymeningitis haemorrhagica.* Loslösung der Retina und die dem klinischen Bilde der Tabes dorsalis entsprechenden anatomischen Veränderungen des Rückenmarks.

Wegen des p. m. gefundenen Haematoms der Dura mater könnte man annehmen, dass es sich hier um einen Fall von progressiver Paralyse gehandelt habe. Dagegen spricht jedoch in erster Linie die Integrität der Intelligenz des Pat., das Fehlen von Sprachstörungen u. s. w.

Rabow (Berlin).

IV. Neueste Literatur.

28. v. Holst, Die Behandlung der Hysterie, der Neurasthenie und ähnlicher allgemeiner functioneller Neurosen. Stuttgart, Enke. pag. 75.
29. Maienfisch, Nervosität und Nervenschwäche. 51 pag. 8⁰. Basel. Schwabe 1882.
30. Voisin, Du divorce et de la folie. 8⁰. 29 pag. Paris.
31. Bessard, Contribution à l'étude des procédés opératoires employés dans les névralgies du Trijumeau. Baseler Dissertation.
32. de Watteville, De l'Electrotonns des nerfs moteurs et sensitifs chez l'homme. Ebenso.
33. Bösch, Beiträge zur Eclampsia puerperalis. Ebenso.
34. Gortinsky, Olga, Sur la durée de l'excitabilité des nerfs après de separation de leurs centres nutritives. Genfer Diss.
35. Huber, Klin. Beiträge zur Lehre von den Orbitaltumoren. Züricher Diss.
36. Kreis, Zur Kenntniss der Medulla oblongata des Vogelhirn. Ebenso.
37. Pouillet, Etude médico-pshychiol. sur l'onanisme chez l'homme. Paris. 300 pag. 3.50 fr.
38. Legrand du Saulle, Les hysteriques. Etat physique et état mental etc. Paris. 625 pag. 8 fr.
39. Blaise, Contribution à l'étude des localisations cerebrales. Montpellier 46 pag. 1 Taf.
40. Grasset, De l'amblyopie croissée et de l'hemianopsie dans les lesions cerebrales. Montpellier. 15. pag.
41. Pierret, Asile public d'alienés de Brou. Jahres-Bericht über 1880 u. 1881. Lyon. 59 pag.

42. Bericht über die Verwaltung der westpreussischen Prov.-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Schwetz. 1./4. 81—30./3. 82.
43. Obersteiner, Der chronische Morphinismus. Wien. (Wiener Klinik III. Heft.) gr. 8⁰. 24 pag.
44. Erlenmeyer, Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. Neuwied und Leipzig. gr. 8⁰. 95 pag. 2 M.
45. Mairet, De la Démense mélancholique. Contr. à étude de la périencephalite chronique localisée etc. Paris 318 pag.
46. Henrot, Des lesions anatomiques et de la nature du myxoedem. Reims. 27 pag. 2 fr.
47. Leroy, De la sclerodermie. Paris, 75 pag. 3 fr.
48. Ballet et Marie, Spasme musculaire au début des mouvements volontaires. Paris. 27 pag. 1 fr.
49. Bernard et Féré, Des troubles nerveux observés chez les diabétiques. Paris. 23 pag. 1 fr.
50. Charcot et Magnan, Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles. Paris. 38 pag. 1,25 fr.
51. D'Heilly et Chantemesse, Note sur un cas de cécité et de surdité verbales. Paris. 11 pag. 50 Cent.

Thèses de Paris bis zum 10. April 1883.

52. Brunschvig, Contribution à l'étude du pneumatocèle du crâne.
53. Deniau: De l'hysterie gastrique.
54. Pluyand: Etude sur les réflexes tendineux dans la fièvre typhoide.
55. Verdan: Essai sur la pathogénie du cretinisme.
56. Belacakis: Des lesions aortiques chez les ataxiques.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Klingenmünster, Director, 5000 M., freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung. Meldung an die Bayr. Regierung in Speyer. 2) Leubus, II. Arzt, 3000 M., freie Familienwohnung. Meld. an den Landeshauptmann von Schlesien Herrn von Uthmann in Breslau. 3) Sonnenstein, Anstaltsarzt (Rang als Hilfsarzt) 1800 M. 4) Owinsk, (prov. Irr.-Anst. Posen) a) Director; Meldung an den Oberpräsidenten Herrn von Guenther in Posen. b) Zwei Assistenzärzte baldigst; 2000—2500 M. jährlich nebst freier Wäsche. Meldung an die Direction. 5) Die Kreisphysicate: Colberg (Stettin), St. Goar (Koblenz), Greifenhagen (Stettin), Lippstadt (Arnsberg), Schroda (Posen), Wetzlar(Koblenz), Soest (Arnsberg).

Ernannt. Dr. Busolt in Mühlberg zum Physicus des Kreises Delitzsch; San.-Rath Dr. Sonntag in Uelzen zum Physicus daselbst. Dr. Richter in Aurich zum Kreisphysicus daselbst (nicht, wie früher irrthüml. angegeben zum Physicus in Salzwedel). Dr. Jacobson in Greifenhagen zum Kreis-Physicus in Salzwedel. Dr. Korach zum Physicus des Kreises Wirsitz.

Todesfälle. Dr. Lasègue in Paris. Geh. San..Rath Dr. v. Bünau, Kreis-Physikus in Colberg.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 1. Mai 1883. Nro. 9.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Beitrag zur symptomatischen Behandlung der Paralysis agitans. Vom Herausgeber.
II. REFERATE. 206) Ludwig Thanhoffer: Ein neuer Nerven-Endapparat im Dünndarm. 207) L. Ranvier: Ueber die Neuroglia. 208) G. Gaglio und D. Mattei: Gewichtsunterschied beider Grosshirnhemisphären. 209) Richter: Zur Casuistik der Hirntumoren. 210) A. Schwarz: Zur Lehre von den Haut- und Sehnenreflexen. 211) Samuel Róna: Complicationen von Hemichorea und Urticaria nach Rheumatismus. 212) Pitres: Note sur l'état de forces chez les hémiplegiques. 213) P. Bricon: Du traitement de l'epilepsie. 214) Dange: Aurum bromatum gegen Epilepsie. 215) Ch. Féré et F. Levillain: Apepsie hysterique (Gull), Anorexie hysterique (Lasègue), Anorexie nerveuse (Gull, Charcot). 216) Féré: Notes pour servir à histoire de l'hystéro-Epilepsie. 217) Marmé: Ueber die sogenannten Abstinenzerscheinungen bei Morphinisten. 218) Derselbe: Untersuchungen zur acuten und chronischen Morphin-Vergiftung. 219) Wilhelm Svetlin: Psychosen nach Chloroform-Missbrauch. 220) Fritz Siemens: Geistige Erkrankung in Einzelhaft. 221) W. Bechterew: Ueber den Zustand der Körpertemperatur bei einigen Formen von Geisteskrankheiten in Verbindung mit der Wärmeregulirung). 222) H. Rayner: Large Asylums for the Insane. 223) S. W. Williams: Offener Brief zu obigem Aufsatze. 224) Erlenmeyer: Irrenwesen.
III. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 225) Aus Berlin. 226) Aus Berlin. 227) Aus Leipzig. 228) Aus Leipzig.
IV. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Beitrag zur symptomatischen Behandlung der Paralysis agitans.

Vom Herausgeber.

Bei der noch immer herrschenden Unkenntniss über ein bestimmtes anatomisches Substrat der Paralysis agitans kann von einer causalen Behandlung derselben keine Rede sein.

Die ärztliche Thätigkeit ist daher bei der genannten Krankheit auf die Behandlung einzelner Symptome beschränkt. Unter diesen nimmt das Zittern die erste Stelle ein; in zweiter Reihe stehen Hyperhydrosis und Schlaflosigkeit.

Die Anzahl der gegen das Zittern angewendeten Mittel ist eine ausserordentlich grosse; ihre Wirkung indessen keine constante. Was bei dem einen Falle geholfen hat, liess bei einem zweiten vollständig

13

im Stiche. Und dies ist nach den Angaben der Literatur selbst bei solchen Fällen beobachtet, bei denen ein Irrthum in der Diagnose ausgeschlossen werden muss.

Eine erneute Prüfung über die Wirkung gewisser Heilmittel auf das Zittern bei Paralysis agitans scheint daher durchaus gerechtfertigt; ein typischer Fall von Paralysis agitans, den ich vor 2 Jahren in Behandlung bekam gab mir dazu die gewünschte Gelegenheit.

In den folgenden Zeilen werde ich zuerst den Fall selbst beschreiben und ihm die Mittheilungen über meine therapeutischen Erfahrungen anreihen.

Fräulein M. S. ist 64 Jahre alt. Sie stammt aus einer Familie, in welcher Nerven- und Geisteskrankheiten nicht vorgekommen sein sollen. Die Mutter starb im Alter von 81 Jahren an Wassersucht. Der Vater, Bergmann, war in Folge dieses Berufes stets anaemisch; er starb 64 Jahre alt an Altersschwäche. Die Eltern waren nicht verwandt mit einander. Andere, mir z. Th. persönlich bekannte Verwandten der Patientin sind nicht nervenkrank; ein Bruder starb im 51. Jahre nach einer heftigen Haemoptoe.

Die Patientin hat den grössten Theil ihres Lebens als Näherin in sitzender, vornübergebeugter Stellung zugebracht. Ausser Kopfschmerz, an dem sie viele Jahre gelitten zu haben angiebt, will sie nie krankhafte Störungen gehabt haben. Menstruationsanomalien haben gefehlt; die Menopause trat im 45. Lebensjahre ein. Von diesem Zeitpunkte verschwanden die Kopfschmerzen, um mit dem gegenwärtigen Leiden, der Paralysis agitans, wieder aufzutreten.

Zu Ende des Jahres 1878 traten die ersten Spuren von Zitterbewegungen auf, und zwar in der *linken Hand* und im *linken Fuss*. Dieselben kamen Anfangs anfallsweise, oft tagelang aussetzend. Durch gemüthliche Erregungen soll ein Stärkerwerden des Zitterns von Anfang an veranlasst worden sein. Diese Erregungen wurden hervorgerufen durch die Pflege eines an Haemoptoe plötzlich erkrankten Bruders (siehe oben), der im Mai 1879 starb. Derselbe war gleich der Patientin unverheirathet; die beiden Geschwister hatten immer zusammen gelebt, und der Tod des Bruders erschütterte die Schwester in hohem Grade. Sie sieht in diesen Gemüthsbewegungen die alleinige Ursache ihrer Erkrankung, während die Umgebung die Angabe macht, dass die ersten Anfänge des Zitterns schon vor der Erkrankung des Bruders constatirbar gewesen seien. Darin stimmen aber beide Theile überein, dass nach dem Tode des Bruders eine rapide Verschlimmerung und Ausbreitung des Zitterns sich entwickelt habe. Schon im Sommer 1879, war das bis dahin auf Hand und Fuss der linken Seite beschränkte Zittern auf Arm und Bein übergegangen und hatte auch an Intensität zugenommen. Ausserdem waren die freien Intervalle, nachdem sie immer kürzer geworden waren, zum Ausfall gekommen. Im Januar 1880 konnte die Betheiligung der *rechten* Seite festgestellt werden; auch hier traten die Zitterbewegungen anfangs leise und intermittirend auf, verstärkten sich aber nach und nach und wurden

schliesslich permanent. Im Februar 1881 zitterten die beiden rechtseitigen Extremitäten; im Mai desselben Jahres begann auch der Kopf zu zittern. Alle Zitterbewegungen haben im Schlafe stets aufgehört.

Während des angegebenen Zeitraumes von Herbst 1878 bis Frühjahr 1881 hat sich bei der Patientin eine allmälig zunehmende Schwerbeweglichkeit des linken Armes und Beines ausgebildet. Dieselbe hat sich an dem Arme fast bis zur Gebrauchsunfähigkeit entwickelt. Das linke Bein wird beim Gehen nachgeschleppt. Der genaue Zeitpunkt, an welchem sich diese linke Hemiparese entwickelt hat, namentlich ob sie vor dem Uebergreifen des Tremor auf die rechte Körperhälfte schon aufgetreten ist, kann nachträglich nicht mehr festgestellt werden. Dagegen wird von der Patientin und ihrer Pflegerin auf das Bestimmteste erhärtet, dass die linksseitige Hemiparese nicht plötzlich und auch nicht schnell sich ausgebildet habe, sondern dass sie in schleichendem Gange ganz allmälig gekommen sei.

Appetit und Verdauung sollen immer in Ordnung gewesen sein. Der Schlaf habe zunehmend an Dauer abgenommen und sich zur vollen Insomnie ausgebildet; letztere war die Veranlassung, meine ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Seit dem Winter 1878/79 haben sich continuirlich dauernde Scheitel-Kopfschmerzen eingestellt. Seit längerer, genau nicht mehr nachweisbarer Zeit leidet die Patientin an heftigen Schweissen.

Status praesens 12. April 1881. Die Patientin ist mittelgross, schlank, von grau-fahler Gesichtsfarbe, in schlechtem Ernährungszustande. Die Haare sind trotz der 64 Jahre noch tief schwarz gefärbt; die Zähne noch fast alle vorhanden und in gutem Zustande.

Intelligenz und Gedächtniss sind intact. Die Stimmung ist nicht deprimirt. Die Sprache lässt keinerlei Abnormitäten erkennen. Die Augen sind durchaus in Ordnung: kein Nystagmus; bulbi frei beweglich; keine Pupillenabnormität. Die Zunge wird gerade vorgestreckt und zeigt keine fibrillären Zuckungen.

Die Patientin schleppt beim Gehen das linke Bein nach. Sie steht mit vornübergebeugter Körperhaltung; dabei ist der Kopf etwas auf die Seite gedreht, das Kinn der Brust genähert. Die Arme sind in den Ellbogen gebeugt, werden fest an den Rumpf gedrückt. Die Handgelenke stehen gerade. Die 3 letzten Finger sind fest eingeschlagen, Daumen und Zeigefinger stehen ab. Der Gesichtsausdruck ist ein stupider, stark markirter.

Der Kopf zittert in verticaler Richtung, von oben nach unten. Selten nur habe ich an ihm Bewegungen von rechts nach links oder umgekehrt wahrgenommen; die Zitterbewegungen um eine horizontale Achse sind die bei weitem häufigsten. Die auf die Nackenmuskeln aufgelegte Hand fühlt deutlich deren fibrirende Contraction. Der Unterkiefer zittert nicht für sich allein.

Beide Hände zittern und zwar die linke stärker als die rechte. Die Patientin giebt an, dass dies zuweilen wechsle. Die Richtigkeit dieser Angabe habe ich später oft zu bestätigen Gelegenheit gehabt.

Vorder- und Oberarme zittern gleichfalls, doch habe ich den

Eindruck — der mir auch die fortgesetzte Krankenbeobachtung nicht verwischt hat — als handle es sich hier mehr um eine von der Hand fortgeleitetete Mitbewegung.

Dieselben Verhältnisse bestehen an den Füssen und Beinen. Sitzt die Patientin und hat sie die Füsse auf dem Boden stehen, so fühlt die auf den Oberschenkel gelegte Hand an beiden Beinen ein lebhaftes Heben und Senken der Beine.

Der rechte Daumen zeigt ausgeprägte Athetose. Er betheiligt sich nicht an den kurzwelligen, schnellen Bewegungen der übrigen Hand, sondern er macht langsame Bewegungen von grosser Schwingungsweite; bisweilen ist er bewegungslos.

Der ganze linke Arm ist dünner (Durchschn. Diff. $1^1/_2$—$2^1/_2$ Ctm.) als der rechte. Die Interosei auf dem linken Handrücken sind leicht atrophirt; die intermetacarpalen Partien eingesunken. Das Spreizen der Finger ist links erschwert. Der linke Daumenballen ist magerer als der rechte. Das linke Bein ist dünner als das rechte.

In dem linken Schulter-, Ellbogen- und den Fingergelenken bestehen Contracturen. Dieselben sind durch kräftige Passivbewegungen, denen übrigens grosser Widerstand entgegengesetzt wird, zu überwinden. Die Patientin kann die linke Hand nicht auf den Hinterkopf legen, also den Oberarm im Schultergelenk nicht abduciren. Vor- und Rückwärtsbewegungen sind ausführbar. Im Ellbogengelenk kann der Arm nicht völlig gestreckt werden. Pro- und Supination sind activ erschwert. Die Faust kann nicht fest geschlossen werden. Das Handgelenk ist frei. Der rechte Arm zeigt keinerlei Contractur.

Das linke Bein kann activ im Kniegelenk nicht gestreckt werden, während das rechte von jeder Contractur frei ist.

Der Patellarsehnenreflex ist beiderseitig ganz colossal gesteigert. Das s. g. Fussphaenomen ist nicht hervorzubringen.

In horizontaler Lage verstärkt sich das Zittern ganz erheblich; oft in solchem Grade, dass die Patientin in dem Bette liegend förmlich in die Höhe geschleudert wird. Dieses Verhalten macht ihr die schlaflosen Nächte fast unerträglich.

Macht man mit einer der zitternden Händen eine starke passive Bewegung, oder intendirt die Patientin selbst einen forcirten Handgriff, so sistiren für einige Augenblicke die Zitterbewegungen.

Die Sensibilität ist in keiner Weise gestört.

Die electrische Untersuchung von Nerven und Muskeln ergiebt nichts Bemerkenswerthes; die atrophischen Interossei und ebenso der Daumenballen der linken Hand zeigen einfache, nicht erhebliche Herabsetzung der Erregbarkeit.

Der Appetit soll gut sein. An Verstopfung leidet die Kranke nicht. Eine übermässige Urinsecretion ist nicht vorhanden. Die zu verschiedenen Zeiten von mir angestellten Messungen ergaben als höchstes Mass einmal 1200 Cub.-Ctm. in 24 Stunden; sonst immer weniger. Eiweiss und Zucker wurden im Urin nicht gefunden.

Die Kranke klagt über, meist gegen Abend ausbrechendes mit starken Schweissen verbundenes Hitzegefühl.

An der richtigen *Diagnose* einer typischen Paralysis agitans kann bei dem geschilderten Falle wohl nicht gezweifelt werden. Die posthemiplegische Form der Krankheit ist ausgeschlossen, da der Tremor sicher vor der allmäligen Entwicklung der linken Hemiparese vorhanden war. An einen gewöhnlichen senilen Tremor kann ebenso wenig gedacht werden als einen toxischen; gegen ersteren spricht die Pathogenese und die Localisation der Krankheit, gegen letzteren das Fehlen eines einschlägigen aetiologischen Momentes. Auch die multiple Herdsclerose dürfte Angesichts der vorliegenden Krankheitsentwicklung und bei dem Fehlen von Nystagmus, scandirender Sprache und apoplectiformer Anfälle ausser Betracht gelassen werden müssen.

Während den zwei Jahren, die ich die Kranke in Behandlung habe, haben sich dem Krankheitsbilde nur psychische Symptome hinzugesellt: die Kranke ist stumpfer, blöder, theilnahmloser geworden. Die Zitter-, Paresen- und Contracturerscheinungen sind im Ganzen stabil geblieben. Contracturen der rechten Seite sind nicht hinzugetreten.

Ich gehe nun über zu der Beschreibung meiner therapeutischen Erfahrungen und bespreche dabei die einzelnen Mittel in der Reihenfolge, wie sie bei der Patientin zur Anwendung gelangt sind.

1. *Chloralhydrat.*

Wie bereits bemerkt, war es die Schlaflosigkeit, welche zuerst die Kranke zum Arzte trieb. Es kam dazu, dass, wie ebenfalls schon hervorgehoben, das Zittern in horizontaler Körperlage sich ganz erheblich steigerte, wodurch die Nächte fast unerträglich wurden.

Ich verordne Chloralhydrat nie allein, sondern immer mit Morphium; das habe ich schon in meiner ersten Arbeit über diesen Gegenstand (Allgem. medic. Centralzeitung 1870 pag. 25) motivirt und in weiteren (1872) wiederholt. Auch heute habe ich noch keinen Grund von dieser Verbindung abzugehen, da ich immer nur prompte hypnotische Wirkung von ihr gesehen habe. Im Ganzen verordne ich aber das Mittel sehr selten; ich perhorrescire es wegen seiner gefährlichen Nebenwirkung auf das Gefäss- und Nervensystem. In unserer Anstalt wird es so gut wie gar nicht mehr angewendet.

Das beste Corrigens des bitteren und kratzenden Geschmackes des Chloralhydrates — und zugleich wohl ein kleines Adjuvans — ist Alkohol als Arrac, Cognac, Portwein, Punschextract und dergl. Ich ziehe ersteren vor und verordene gewöhnlich: Chloralhydrat. 7,5.
Morph. muriat. 0,05.
Aq. dest. 150.
Arrac. 50.
M. D. S. Abends 1 bis 2 Esslöffel voll zu nehmen.

Diese Lösung verschrieb ich auch der Patientin. Sie kommt mit der Portion von 200 Gramm gewöhnlich 14 Tage aus, nimmt also abendlich ungefähr $^1/_2$ Gramm Chloralhydrat und 0,001 Morphium. Diese Dosen reichen zur Erzeugung eines 6 bis 7 stündigen Schlafes bei ihr meistens aus. Während der letzten $1^1/_2$ Jahre hat die Kranke fast immer dieses Medicament genommen.

Einen Einfluss desselben auf das Zittern habe ich nie wahrgenommen.

2. *Valeriana mit Kalium bromatum.*

Der *Baldrian* ist bei der Behandlnng von Nervenkrankheiten ganz ungerechter Weise in Misscredit gekommen. Mir scheinen dazu folgende zwei Umstände die Veranlassung gegeben zu haben. Einmal ist es allgemeiner therapeutischer Usus geworden ein ganz unzweckmässiges und noch dazu widerlich schmeckendes Praeparat anzuwenden, nämlich die Tinct. Valeriana aetherea; sodann pflegt man bei Verordnung der Baldrianwurzel viel zu kleine Dosen zu geben. Ich verschreibe immer ein Infusum radicis Valerian. von 20 bis 30 Gramm auf 200 Gramm Wasser, und lasse von dieser Abkochung den dritten, selbst den halben Theil in 12 Stunden verbrauchen. Stellen sich bei längerem Gebrauche Ueblichkeit oder gar Erscheinungen von Magencatarrh ein, so setzte ich der Arznei 1 bis 2 Gramm Natr. bicarbon. erfolgreich zu. Mit dieser Form und Dosis des Baldrian habe ich bei einer grossen Reihe von Irritationsneurosen (Hysterie in allen Formen), bei vasomotorischen Störungen (Epilepsie, Schwindel etc.) und Krämpfen sehr befriedigende Erfolge erzielt. In manchem Falle von Schlaflosigkeit bei allgemeiner Nervosität habe ich durch abendliche Verabreichung von 1 Tasse Baldrianthee (frisch bereitetim Verhältniss obiger Dosirung) mehrstünndigen und erquickenden Schlaf erzielt.

Handelt es sich um schwere nervöse Reizungszustände so gebe ich den Baldrian stets in Verbindung mit Kalium bromatum.

Auch von diesem Mittel müssen, wenn irgendwie nennenswerthe und nachhaltige Erfolge erzielt werden sollen, grössere Gaben verabfolgt werden. Mit Dosen unter 6 Gramm pro die wird man nie Etwas erreichen.

Meine Patientin nahm 2 Monate lang von einem Baldrianinfus. von 20 : 200 in dem 25,0 Kalium bromatum gelöst waren, täglich 4 Esslöffel (also etwa 8,0 Bromkalium). *Die Einwirkung auf das Zittern war eine sehr bemerkbare; es verminderte sich ganz erheblich.* Allerdings kehrten nach dem Aussetzen des Mittels sofort die früheren Gerade zurück, eine Erscheinung, die sich bei allen von mir angewandten und das Zittern in günstiger Weise beeinflussenden Mitteln regelmässig wiederholte, sodass stets zu anderen Mitteln gegriffen werden musste.

Auch die Bewegungsfähigkeit des linken Beines besserte sich: die Kranke gewann mehr Herrschaft über das Bein, konnte es vom Boden aufheben und, in sitzender Stellung, weiter zur Graden strecken. Ob in dieser Wirkung ein Hinweis auf die rein irritativ - functionelle Natur der Contracturen im Gegensatze zu solchen gefunden werden kann, die auf histologische, also absteigende Degenerationsvorgänge in den Seitensträngen beruhen, mag dahin gestellt bleiben.

3. *Argentum nitricum.*

Die Kranke nahm dieses Mittel in Pillenform während zweier Monate. Sie begann mit 0,01 zweimal täglich und stieg auf 0,1 zweimal täglich.

Ich war nicht in der Lage eine Beeinflussung des Zitterns durch dieses Praeparat constatiren zu können. Eine Steigerung des Zitterns trat nicht ein, wie den Angaben Charcot's gegenüber, der dies beobachtet hat, hervorgehoben zu werden verdient.

4. *Curare.*

Seit der in neuerer Zeit (1878) durch Kunze (Halle a. S.) wieder erfolgten Empfehlung des Curare als eines gegen Epilepsie wirksamen Mittels habe ich bei vielen Fällen der genannten Krankheit Curare mit Erfolg angewandt. Ich habe in keinem Falle, wie ich gleich hier hervorheben will, Intoxicationsymptome irgend welcher Art beobachtet. Allerdings habe ich mich nicht an die Kunze'sche Vorschrift (0,3 : 5,0 Wasser), welche später (1881) von Edlefsen in Kiel noch concentrirter (0,5 : 5,0 Wasser) gegeben wurde, gehalten, sondern habe eine dreifach grössere Verdünnung als die zuletzt angegebene angewendet. Ich verschreibe Curare 0,5 Aq. dest. 15,0. Acid. muriat. gutt. 2. Digere per 24 hor. Filtra. Vor dem Gebrauche umzuschütteln, da die Flüssigkeit fast nie klar bleibt. Eine grössere Verdünnung halte ich bei so differenten Mitteln, wie Curare, im Interesse der sicheren Dosirung immer geboten.

Ueber die Wirkung des in obiger Concentration meiner Patientin beigebrachten Mittels gebe ich die Aufzeichnungen meines Krankenjournals wieder. Die Einspritzungen wurden immer Abends applicirt.

22. 10. 1881. Injection einer drittel Spritze voll = 0,011 Curare.
26. 10. „ Injection von zwei Drittel Spritzen = 0,022 Curare.
27. 10. „ Die Zitterbewegungen sind erheblich stärker wie bisher. Die letzte Nacht war gut. An den Pupillen nichts Abnormes. Puls 70, wie immer dünn.
28. 10. „ Die Verstärkung des Zitterns dauert fort. Die Kranke ist hinfällig in des Wortes eigenster Bedeutung: sie ist geneigt in den Knieen zusammen zu knicken, muss sich beim Gehen an den Möbeln des Zimmers halten, um nicht vorn über zu stürzen. Schlaf gut. Respiration und Puls in Ordnung.
29. 10. „ Zustand von gestern dauert fort. Puls und Respiration durchaus normal. Aus diesem Grunde halte ich den Zustand nicht für die Folge der Curareinjection.
30. 10. „ Injection von zwei Drittel Spritzen = 0,022 Curare. Nach 1 Stunde schon tritt ein Nachlassen des Zitterns ein.
31. 10. „ Das Zittern ist viel geringer als gewöhnlich. Die Hinfälligkeit ist verschwunden, die Patientin geht ohne Unterstützung, fühlt sich nicht schwach in den Beinen. Sie giebt an, sich im Gemüth viel freier zu fühlen. Dieser bessere Zustand dauert $3^1/_2$ Tage.
5. 11. „ Injection einer vollen Spritze = 0,033 Curare. Schon nach 2 Stunden Nachlass des Zitterns.
6. 11. „ *Zittern ganz verschwunden in der linken oberen Extremität,* in der rechten nur anfallsweise, und dann immer nur sehr schwach auftretend.

7. 11. 1881 Ebenso.
8. 11. „ Wiederkehr des Zittern in beiden Händen.
10. 11. „ Injection; volle Spritze = 0,033 Curare.

Der Erfolg war genau wie oben angegeben, und die weitere Beobachtung der bis Mitte December in dieser Weise fortgesetzten Behandlung hat gelehrt, dass wenige Stunden nach einer Einspritzung das Zittern nachliess, dass es während den beiden zunächst auf die Injection folgenden Tagen ganz aufhörte, dass es am dritten wieder begann, sich allmälig steigerte, um am vierten die volle Höhe des früheren Status wieder zu erreichen. Am fünften Tage wurde dann wieder eine Injection gemacht mit demselben, jedesmal mit absoluter Regelmässigkeit wiedergekehrten Erfolge.

Zu grösseren Dosen und häufigeren Einspritzungen konnte ich mich nicht entschliessen. Auch war mir mit der Constatirung einer durch $1^1/_2$ Monate dauernden constanten Wirkung des Curare genügt, die meinen Erfahrungen von der günstigen Wirkung des Mittels bei Epilepsie eine erfreuliche Bestätigung gewährten.

5. Constanter electrischer Strom.

Die Vorstellung, dass die Paralysis agitans durch Irritationsprocesse innerhalb des Gehirns bedingt sei, veranlasste mich eine directe Beeinflussung des Gehirns meiner Patientin zu versuchen. Dass ich dazu den constanten Strom anwandte ist natürlich.

Fast während $2^1/_2$ Monate wurde die Kranke 6 mal in der Woche in folgender Weise galvanisirt: Als Apparat wurde Reininger's Winkelzellenbatterie (vergl. d. Centr.-Blatt. 1881. pag. 315 ff.) mit Rheostat benutzt. An. auf Stirn, Kath. im Nacken; 8 Elem. 1000 S. E. Widerstand; einschleichend und ausschleichend; Dauer jeder Sitzung im Durchschnitt 10 Minuten, anfangs 5, die letzten 14 Tage 15 Minuten.

Die Einwirkung auf das Zittern war eine ausserordentlich günstige. Während der ganzen Periode, in der die genannte Behandlung applicirt wurde, war dasselbe nach allmälig eingetretener Verminderung des Zitterns so geringgradig geworden, dass es dem Aufhören fast gleich kam. Nur bei Gemüthsbewegungen, so z. B. bei einem unerwarteten Besuche, durch den die Kranke in grosse freudige Erregung gerieth, steigerte sich das Zittern, aber auch dann hlieb seine Intensität hinter der früheren, gewöhnlichen weit zurück.

Nach dem Aussetzen der electrischen Behandlung steigerte sich das Zittern sehr schnell wieder auf die frühere Höhe.

6. Atropin mit Extr. secalis cornuti.

Für die Verabreichung dieser beiden Mittel gab mir die übermässig starke Schweisssecretion der Patientin die Indication.

Ich wählte die Combination der beiden Mittel, weil sie in anderen Fällen mit Hyperhydrosis sich mir als sehr wirksam erwiesen hatte.

Ordination: Atropin sulphur. 0,03.
Extr. Secal. cornuti 1,0.
Extr. Liquir. q. s.
M. f. pil. 30. S. täglich 1 Pille zu nehmen.

Die Wirkung auf das Schwitzen war eine sehr prompte: es verminderte sich bei dieser Behandlung und liess schliesslich ganz nach.

Allein es trat auch eine nicht erwartete günstige Wirkung auf das Zittern ein. Dieses verminderte sich ebenfalls in sehr bemerkbarer Weise.

Nach dem Gebrauche der ersten 9 Pillen trat Atropinintoxication ein in Form von Mydriasis und Gefühl von Kratzen im Halse. Die Pillen wurden dann ausgesetzt bis zum Verschwinden der genannten Vergiftungserscheinungen. Danach wurde von neuem mit der Cur begonnen. Die Nothwendigkeit von Curpausen aus denselben Gründen ergab sich ziemlich regelmässig nach dem Einnehmen der achten bis zehnten Pille. Im Ganzen hat die Kranke 75 der oben bezeichneten Pillen genommen.

In den letzten 3 bis 4 Wochen dieser Cur trat die bis dahin beobachtete günstige Wirkung auf das Zittern nicht mehr ein.

7. *Hyoscyaminum crystallis. purum.*

Das gegen Reizzustände in neuerer Zeit vielfach empfohlene Mittel wurde in der von Gray (dieses Centr.-Bl. 1880. pag. 205.) vorgeschriebenen Dosis verordnet: Pillen à 0,008 Hyoscyam. cryst. purum, täglich 1 Pille zu nehmen.

Beginn der Cur am 21. Januar d. J. Aus Versehen wurden der Patientin Morgens und Abends je 1 Pille gegeben. In der Nacht auf den 22. Januar soll sie schon etwas verworren gesprochen haben. Nahm am 22. Morgens die dritte Pille, hatte also in Summa 0,024 Hyoscyaminum in 24 Stunden eingenommen, eine Dosis welche Gray's Vorschrift noch nicht erreicht. Gegen Mittag des genannten Tages konnte ich folgenden Status constatiren: Pupillen beide sehr dilatirt; Conjunctiven injicirt, Kopf roth. Die Kranke spricht Worte, welche die Umgebung spricht, nach, lacht vor sich, sie greift um sich, als ob sie Gegenstände in der Luft sähe. Puls 70, dünn, regelmässig. Respiration nicht abnorm. Zunge trocken; Sprache eigenthümlich näselnd. *Von Zittern ist weder am Kopf noch an den Extremitäten die geringste Spur zu sehen.*

Die Kranke bekam heisse Fussbäder, kalte Kompressen auf den Kopf, innerlich Café und Alkohol. Im Bett hat sie den Urin unter sich gehen lassen. Nach Mitternacht — bis zu welcher Zeit der Zustand im Ganzen derselbe blieb — ist sie eingeschlafen.

Am 23. Morgens ist sie klar, giebt richtige Antworten, erinnert sich an den gestrigen Tag gar nicht. Pupillen enger wie gestern, aber immer noch weiter als gewöhnlich. *An Kopf und Händen wieder leise Zitterbewegungen zu bemerken.*

Später nahm die Kranke noch 14 Tage lang täglich 0,004 Hyoscyamin ohne Beeinflussung des Zitterns. Als sie einmal wieder 2 mal die zuletzt angeführte Dosis an einem Tag nahm, trat Mydriasis ein. Sie selbst gab an, dass das Zittern geringer sei; ich vermochte diese Angabe aber objectiv nicht zu bestätigen. Das genannte Mittel wirkt also erheblich auf das Zittern ein, bringt es sogar zum Verschwinden, aber nur, wenn es in toxischen Dosen angewendet wird.

Aus diesem Grunde ist seine Anwendung nicht zulässig. Der enorm hohe Preis des Mittels spricht ausserdem gegen seine Verabreichung.

Ziehe ich ein kurzes Resumé so haben sich von den überhaupt anwendbaren Mitteln als erfolgreich erwiesen Curare, Atropin mit Ergotin, Bromkalium mit Valeriana und der constante Strom, während Chloralhydrat und Argentum nitricum wirkungslos blieben.

II. Referate.

206) **Ludwig Thanhoffer** (Budapest): Ein neuer Nerven-Endapparat im Dünndarm. (Orvosi Hetilap 1883 Nro. 1.)

Verf. nahm seine schon im Jahre 1871 begonnenen Studien über die Fettresorption und die Nerven des Dünndarmes in jüngster Zeit wieder auf. Der Dünndarm hungernder und mit Fett gefütterter Thiere wurde in 1%ige Ueberosmiumsäure und ein anderes mal in Goldchlorid-Lösung (0,5%) gelegt. Die daraus bereiteten feinsten Schnitte deckten einen neuen überraschenden Befund auf.

Verf. fand (an Froschpräparaten), dass die Dünndarm-Epithelzellen an der Basis der Zotten, wo die Epithelschichte der einen Zotte in die andere übergeht, ja sogar an höheren Stellen einzelner Villi, zuweilen selbst in der Nähe der Kuppe — von Knospen- und Kelchähnlichen Gebilden bedeckt werden, welche den Geschmackskelchen ganz ähnlich, von Aussen mit Deckzellen versehen, von innen den Zellen der Geschmacks-Organe gleich sind. Es giebt kleinere, grössere; niedrigere, höhere, ganz wie an der Zunge. Die oberen Fortsätze der inneren Zellen reichen bis zu den an den Spitzen der Knospen befindlichen Geschmacksporen; einige besitzen sogar einen feinen kurzen, haarähnlichen Fortsatz; die unteren Enden der Deckzellen haben keine Fortsätze, und sind nicht dünn, wie die Cylinder und Kelchzellen der Zotten, sondern breit wie die Deckzellen der Geschmacks-Organe der Zunge. Diese schieben sich mit feinen Zacken in die Basalhaut der Zotten ein. Einzelne Fädchen der an der Basis der Geschmackskelche sich ausbreitenden feinen blassen Nervenzweige erstrecken sich bis zu den inneren Geschmackszellen.

Das erreichte Resultat ist in erster Reihe der Wirkung der Ueberosmiumsäure, welche an den schon im Jahre 1871 mit freier Hand angefertigten Darmpräparaten diese Gebilde gut fixirt, dann auch dem vervollkommneten Mikrotom (Thoma) zuzuschreiben.

Die Wirkung dieser eigenartigen Gebilde werden erst spätere Untersuchungen darthun. Ihre Wichtigkeit wird sich gewiss noch erhöhen, wenn sie auch in den Därmen des Menschen und der übrigen Säugethieren gefunden werden.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

207) **L. Ranvier** (Paris): De la Nèvroglie. (Ueber die Neuroglia.) (Arch. de Physiol. norm. et path. 1883. 2. H.)

Die Neuroglia des Centralnervensystems besteht ausschliesslich aus echten Bindegewebszellen, von denen zahlreiche Fortsätze abgehen.

Jene fein granulirte Substanz, welche man in der Hirnrinde antrifft, darf nicht als ein besonderes Gewebe aufgefasst werden, sondern sie wird wahrscheinlich aus den Trümmern der markhaltigen und marklosen Nervenfasern (mit Einschluss der Ganglienzellenfortsätze) gebildet. Neurogliazellen und Ganglienzellen entwickeln sich aus den Zellen des primären „Neuro-Epithel,“ und wenn sie auch schliesslich eine vollkommen verschiedene physiologische Bedeutung gewinnen, so bewahren sie doch gewisse Uebereinstimmungen der Structur, welche auf ihren gemeinsamen Ursprung hinweisen. Sowie die Ganglienzelle nach der Auffassung von M. Schultze einen Sammelpunkt für die Nervenprimitivfasern darstellt, ist auch die Neurogliazelle als ein Knotenpunkt für die Bindegewebsfasern aufzufassen, welche dieselbe mit Erhaltung ihrer Individualität durchsetzen. Eine fernere morphologische Aehnlichkeit zeigt sich darin, dass die beginnende post mortale Zersetzung an den Neurogliafasern ähnliche varicöse Anschwellungen erzeugt, wie diese für die Axencylinder der Nervenfasern bekannt sind.

Obersteiner (Wien).

---

208) **G. Gaglio** und **D. Mattei** (Catania): Sulla inegua glianza di sviluppo e di peso degli emisferi cerebrali. (Gewichtsunterschied beider Grosshirnhemisphären. (Riv. sperim. d. fren. VIII. 2. B.)

Verf. haben 55 frische und 4 in Weingeist gehärtete Gehirne untersucht, und im Widerspruche mit der Angabe von Luys gefunden, dass bei Individuen, welche an keiner Gehirnkrankheit gelitten haben, die rechte Hemisphäre häufiger (in 70,9%) schwerer ist als die linke, und zwar beträgt der Gewichtsunterschied, welcher bis auf 22 gm. anwachsen kann, im Mittel Circa 4 gm. Dieses Ueberwiegen der rechten Hemisphäre über die linke ist an den Gehirnen älterer Personen noch deutlicher ausgesprochen, als an denen von jungen Individuen.

Vergleichende Wägungen beider Kleinhirnhälften ergaben häufig ein Plus zu Gunsten der linken Seite.

Obersteiner (Wien).

---

209) **Richter** (Dalldorf): Zur Casuistik der Hirntumoren. (Allg. Ztschr. f. Psch. B. 39. H. 5.)

Pat. 1831 geb., Vater von 5 gesunden Kindern, bis 1871 gesund. Von dieser Zeit an Zuckungen des Unterschenkels mit Anfällen von Bewusstlosigkeit, in der unzweckmässige Handlungen mit nachfolgender Amnesie begangen werden. Am 30. Juni 78 erste Aufnahme in die Charité mit dem ärztlichen Zeugnisse: „habituelle Epilepsie, Störungen in der intellect. Sphäre namentlich des Gedächtnisses, alterirte Stimmung, Wuthausbrüche.“ Charité - Journal vom 1. August 78; „Pat. kam in sehr erregtem Zustande auf die Abtheilung; er hatte stossende Respiration, wurde laut und unruhig. Bis heute kein neuer Krampf.“ Dasselbe vom 1. Sept. 78: „In diesem Monat leichter (epileptoider-) Anfall, der bald vorüberging. Wenn Pat. erregt ist, so stellt sich eine Art Singultus

ein. Die geistigen Kräfte des Pat. haben gelitten. Spricht wenig, leicht erregt, aufbrausend. Bis 16. August (Tag der Entlassung) wesentliche Besserung.“ Am 9. Juni 81, 2. Aufnahme unter der Diagnose, „Epilepsie mit Geistesstörung,“ am 15. August d. J. Ueberführung nach Dalldorf. Hier werden ebenso wie während seines zweiten Anfenthaltes in der Charité Zuckungen des ganzen Körpers in Zwischenräumen von Minuten bemerkt. Diese Zuckungen werden immer nur durch eine intendirte Bewegung ausgelöst und cessiren im Schlafe.

Das Gedächtniss, überhaupt das Sensorium, ist geschwächt. Pat. giebt an, er habe manchmal Kopfschmerzen, sehe schlecht, es sei ihm als ob ein Schleier vor seine Augen gezogen sei, ferner werde ihm manchmal der Hals steif und dick u. s. w., die Pupillen sind etwas weit und reagiren auf Lichtreiz nur träge. Beim Aufstehen und Gehen taumelt Pat., bei geschlossenen Augen droht er zu fallen. Die Inspection des Augenhindergrundes ergiebt verwaschene Papillen, geschlängelte Venen und enge Arterien. Sonst nichts Abnormes bei der körperlichen Untersuchung. Diagnose: Tumor cerebri. Therapie: Jodkalium. Der Zustand verändert sich bis Mitte October nicht. Zu dieser Zeit apoplectif. Anfall: Thorax fixirt, Athmung erschwert, Cyanose. Exitus lethal. am nächsten Tage.

Section 16½ St. p. m.; Grosses Gliom an der Basis, das sich (vor dem Nerv. opt.) zwischen beide Stirnhirne gedrängt, das Balkenknie emporgehoben, dasselbe nach obenhin noch in die grosse Längsspalte hinein umgriffen und sich Haselnussgross in das Vorderhorn des linken Ventr. gedrängt hatte. Rechts N. optic. und olfact. degenerirt, links intact.

Die weitere sehr detaillirte Beschreibung möge im Original eingesehen werden. Kron (Berlin).

---

210) A. Schwarz (Wien): Zur Lehre von den Haut- und Sehnenreflexen. (Arch. f. Psych. und Nervenkr. XIII. 3. p. 621.)

An der Hand seiner klin. Erfahrungen verwirft Vf. die Setschenow'schen und Goltz'schen Erklärungsversuche der *Haut und Sehnenphänomene,* deren Verhalten bei Gehirnaffectionen oft ein auffallend verschiedenartiges ist. Er hält eine andere Annahme für wahrscheinlicher, nämlich: „Die verschiedenen spinalen Reflexcentra ständen mit verschiedenen Centren des Gehirns in Beziehung und das verschiedene Verhalten der einzelnen Rückenmarksreflexe wäre auf die Ungleichheit der Zustände zu beziehen in denen sich eben diese topisch differenter Gehirncentra befinden.“

Je nachdem nun der Prozess (es werden Fälle von Rindenepilepsie, von Athetose u. von Gehirn-Hemiplegien angeführt) entweder durch Destruction oder durch Fernwirkung auf die motorischen und sensorischen Theile des Gehirns *lähmend* einwirkt, werden auch die correspondirenden Rückenmarkscentra *lähmend* beeinflusst, während bei *Reizung* der Gehirncentra auch *erhöhte Erregbarkeit* der betr. spinalen Reflexcentra gegeben wird. Langreuter (Dalldorf).

---

211) **Samuel Róna** (Budapest): Complication von Hemichorea und Urticaria nach Rheumatismus. (Orvosi Hetilap 1882 Nro. 53.)

An G. H. 18 J. a., Freuden-Mädchen traten jedesmal nach Ablauf einer Polyarthritis rheumatica an der l. unt. Extremität mehrmals des Tags Urticaria-Exantheme auf, die $^1/_2$—1 Stunde währten. Die Zunge machte mehr Excursionen als zum Sprechen der Worte nothwendig war, so dass sie sich oft in die Zunge biss. Zuckungen im l. Gesichte oft recidivirend. Convulsionen im l. Vorderarm und l. unt. Extremität, später im Oberarm und Schenkel. Das *Exanthem gleichzeitig mit den Zuckungen.*

Bei Erregungen der Pat. ziellose Bewegungen, Convulsionen und damit an den ergriffenen Körpertheilen Exantheme mit dem Bilde der Urticaria; am Gesichte erythematöse Ausschläge. *Links* kann an den Extremitäten durch Kratzen oder Klopfen arteficiell eine *Urticaria factitia* erzeugt werden.

Convulsionen, Exantheme, Sprachstörungen besserten sich gleichzeitig nach einmonatlicher Behandlung.

Nach Verf. bestand in diesem Falle zwischen der einseitigen Urticaria und Chorea ein Causalitäts-Nexus, obschon davon nirgends in der Literatur Erwähnung geschieht. Ein pathologisches Agens hat beide Zustände producirt, und zwar in diesem Falle positiv der Rheumatismus.

Wenn die Chorea nach neueren Forschungen wirklich mit Thrombose der Hirn- und Rückenmarksarterien zusammenhinge, könnte auch in diesem Falle sowohl die *Urticaria unilateralis als* auch die *Hemichorea durch eine* — wirklich überstandene — Endocarditis rheumatica, eigentlich durch *Endocarditis embolica* verursacht sein.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

212) **Pitres** (Bordeaux): Note sur l'état de forces chez les hémiplegiques. (Arch. de Neurologie Bd. 10.)

Verf. nahm an 40 Hemiplegikern sehr genaue dynamometrische Prüfungen und Messungen der motorischen Kraft der Extremitäten der nicht gelähmten Körperhälfte vor.

Dieselben ergaben:

1. Bei cerebraler Hemiplegie sind die Extremitäten der *nicht gelähmten* Körperhälfte stets viel *schwächer* als im gesunden Zustande. Das Dynamometer zeigt 40—45 $^0/_0$ unter dem normalen.

2. Bei rechtsseitiger Hemiplegie erscheinen die linken Extremitäten weniger geschwächt als die rechten bei linksseitiger Hemiplegie. Im ersten Falle beträgt der Verlust circa 41 $^0/_0$, im 2. Falle hingegen 49 $^0/_0$.

3. Im Allgemeinen ist auf der der Hemiplegie entgegengesetzten Seite der Verlust an Druckkraft proportionalerweise viel grösser in der unteren als in der oberen Extremität. 38,5 $^0/_0$ gegen 50 $^0/_0$ der unteren E.

4. Die Schwäche ist in den Extremitäten der nicht hemiplegischen Seite um so deutlicher, je recenter die Hemiplegie ist.

5. Diese Muskel-Schwäche ist in der Regel mit keinen auffälligen Störungen der Motilität verbunden. Die Extremitäten sind einfach schwach, niemals aber gelähmt.

Wurden die Messungen an den Gliedern der hemplegischen Seite vorgenommen, nachdem diese schon wieder einen gewissen Grad von Motilität zurückerhalten hatten, so ergab sich, dass die Druckkraft der kranken Hand durch die gleichzeitige synergische Contraction der gesunden im Allgemeinen nicht um mehr als 3—4 Kilgrm. stieg. Die dynamometrisch gemessene Kraft gibt bei cerebraler Hemiplegie niemals ein exactes Mass für die Functions-Störung der gelähmten Glieder.

Dieselbe kann nur durch Ausführung delicater oder complicirter Akte und Bewegungen sichergestellt werden.

(Die sub 1—5 mitgetheilten interessanten klinischen Beobachtungen des Verf. konnte Ref. in vielen Fällen von Hemiplegie in ihrem ganzen Umfange bestätigt finden. Ihre anatomische Begründung finden diese Thatsachen zum grössten Theile ganz ungezwungen in der unvollständigen Pyramidenkreuzung der cortico-musculären Bahnen und den bekannten Verhältnissen der secundären Degeneration. Ref.)

Müller (Graz).

---

213) **P. Bricon:** Du traitement de l'epilepsie. (Thèse de Paris und Publication du Progrès medical. Paris 1882.)

Die mit ungemeinem Fleisse und grosser Gründlichkeit gearbeitete These Bricons berichtet eingehend über eine Anzahl therapeutischer Versuchsreihen, welche Verf. unter Leitung Bournevilles auf dessen grossen Abtheilung in Bicêtre an Epileptischen angestellt hat. Genaue, oft durch Jahre geführte Krankengeschichten haben die vergleichsweise Anwendung verschiedener Medicationen ermöglicht und wissenschaftlich verwerthbar gemacht.

Die Arbeit zerfällt in eine Reihe selbständiger Abschnitte, deren jeder von einem historischen Resumé, das oft von bedeutendem Interesse ist, eingeleitet wird; dann folgt die grosse Zahl ausführlich mitgetheilter Krankengeschichten und schliesslich das therapeutische Resumé. Der reiche Inhalt des 262 Seiten starken Buches kann hier nur soweit er die therapeutischen Resultate betrifft mitgetheilt werden. In ihnen liegt zudem der Hauptwerth der Abhandlung.

1) *Hydrotherapie.* (Regen- und Strahldouche erst gleichzeitig 15 Sec. über den ganzen Körper, dann letztere kurze Zeit allein, schliesslich dieselbe noch 4—5 Sec. nur auf die Füsse. Anfangs noch kürzere Sitzungen.)

Resultate: Von 46 Kranken mit idiopathischer oder mit apoplektiformer Epilepsie wurden 29 gebessert. 17 der Gebesserten waren nur dem hydriatischen Verfahren unterworfen. Von diesen 17 haben 7 eine ganz wesentliche Besserung erfahren. 44 von den 46 haben an Gewicht zugenommen. Von 9 Epileptischen, die seit ihrer Kindheit hemiplegisch sind, wurden 5 gebessert. Im Ganzen haben in

Bicêtre, einzelne hier oben nicht angeführte Fälle mitgerechnet, von 58 Kranken 34 Besserung erfahren.

Weniger günstig stellt sich der therapeutische Erfolg der

2) *Arsenikpräparate* dar. Man verwandte ausgehend von einer Empfehlung von Clemens in Frankfurt die Brom-Arsenikverbindung

Bromure d'arsenik 10,0
Eau destillé 1000,0

Bis zu 10 Gramm pro die von dieser Lösung wurden in Schleim dargereicht. Abgesehen von mancherlei Nebenwirkungen (Kriebeln nach langem Gebrauch, Ausschläge etc.) wurde gar kein Erfolg erzielt. Jedenfalls kann man es nicht als einen solchen bezeichnen wenn von 10 Kranken einer gebessert wird, 4 zweifelhaft und 5 sicher ohne Besserung bleiben. Verf. möchte daher das Mittel am liebsten ganz verwerfen oder doch nur da anwenden wo nebenbei eine Hautkrankheit gerade einmal den Arsenikgebrauch indicirt.

Den grössten Theil des Buches nimmt die *Behandlung mit dem Magneten* ein. Wer sich für die Geschichte dieser Therapie und für die zahlreichen Versuche in Bicêtre interessirt, sei auf das Original verwiesen. Dem Referat genüge es, dass Verf. nach langen Studien fand, dass der Magnet weder auf Puls, Circulation, Respiration und Pupillenweite noch auf Sensibilität und Muskelkraft auch nur den geringsten Einfluss hat. Ebensowenig konnte man, in welcher Form immer man auch den Magnet anwandte, irgend einen Heileffekt erzielen, wie er von anderer Seite mehrfach mit grosser Bestimmtheit angegeben worden war.

4) *Behandlung mit Pilocarpin.* (1—5 Centigramm des Pilocarpinum nitr. oder hydrochlor. täglich subcutan zuweilen refracta dosi.) Mit diesem Mittel hat man ermuthigendere Resultate erhalten insofern von 14 damit behandelten Kranken 7 gebessert, zum Theil recht wesentlich gebessert wurden. (Referent warnt ausdrücklich vor den Dosen über 0,02.) Im *Anhang* ist eine Note mitgetheilt, welche an der Hand von 15 Fällen von acuten Krankheiten bei Epileptikern zeigt, dass während des Fiebers die Anfälle entweder seltener wurden oder ganz schwanden. Edinger (Giessen).

---

214) **Dange:** Du promure d'or contre l'epilepsie. (Aurum bromatum gegen Epilepsie.) (Le Progrès med. 5. 83.)

In Bicêtre haben Bourneville und Dange das oben genannte Mittel bei 9 Epileptikern 7 Monat lang angewandt. Es wurde in Pillenform täglich 0,1 verabreicht. Da kein nennenswerther Erfolg zu beobachten war und das Mittel recht theuer ist, wurde von den weitern Versuchen Abstand genommen. Rabow (Berlin).

---

215) **Ch. Féré** et **F. Levillain.** Apepsie hysterique (Gull), Anorexie hysterique (Lasègue), Anorexie nerveuse (Gull, Charcot). (Le Progrès med. 7. 83.)

Als hysterische Anorexie hat Lasègue (1873) ein besonderes Leiden beschrieben, das man häufig bei Hysterischen Mädchen im Alter

von 15—20 Jahren antrifft. Dasselbe besteht in mehr oder minder starker Nahrungsverweicherung ohne jede nachweisbare Digestionsstörung. William Gull hat sich ebenfalls mit diesem Krankheitszustande beschäftigt und ihn als „nervöse Apepsie" bezeichnet. Es ist nicht erforderlich, dass noch irgendwelche andere hysterische Begleiterscheinung daneben auftritt. Auch beim Manne kann dieser Zustand sich einstellen.

In die Salpêtrière wurde am 24 Decbr. 1881 ein 15jähriges Mädchen aufgenommen. Dasselbe war gross, skelettartig abgemagert und von greisenhaftem Aussehen. Seit 8 Monaten sind die Menses unregelmässig und seit dieser Zeit empfindet Patientin einen beständig zunehmenden Widerwillen gegen Nahrungsaufnahme. Die letzten 2 Monate will sie nicht mehr essen, da sie keinen Hunger verspürt und fürchtet, dass die Speisen nicht verdaut werden. Sie erbricht niemals. Seit 4 Wochen hat sie täglich nur noch $^1/_2$ Liter Milch oder Bouillon zu sich genommen. Sie gibt an im Epigastrium ein unangenehmes Gefühl zu verspüren, welches nach der Nahrungsaufnahme zunimmt. Die Extremitäten sind kalt, die Haut mit klebrigem Schweiss bedeckt. Puls 64, sehr klein; Temperatur 36^0. Gegenwärtig kein Symptom von Hysterie zu constatiren, doch vor 3 Jahren soll Patientin an nervösen Zuckungen gelitten haben.

Bei der Vorstellung dieses Falles macht Charcot auf das verhältnissmäsig häufige Vorkommen der nervösen Anorexie aufmerksam. Dieselbe erheische eine energische Behandlung. Die Kranken seien in erster Linie von ihren Angehörigen zu entfernen. Alsdann habe die zwangsweise Ernährung (eventuell Sonde) den besten Erfolg. Unterstützt würde die Behandlung noch durch eine tonisirende Medication, vornehmlich durch die Hydrotherapie.

Diese Methode wurde im vorliegenden Falle befolgt. Die Eltern willigten in die Trennung von ihrer Tochter, und die Kranke welche beim Eintritt in's Krankenhaus am 25. Decbr 1881 dreissig Kilogramm wog, hat dasselbe am 12. Januar mit einem Gewicht von 37,9 verlassen d. h. sie hat fast jeden Tag 1 Pfund an Körpergewicht zugenommen. Nur durch eine gewisse Art von Einschüchterung können die Fortschritte des Uebels aufgehalten werden und diese Einschüchterung gelingt nur bei Trennung von der bisherigen Umgebung.

Rabow (Berlin).

---

216) **Féré** (Paris): Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-Epilepsie.
(Arch. de Neurologie Nro. 8 und 9.)

Beschreibung seltener oder wenig bekannter klinischer Eigenthümlichkeiten der Hysteria major.

1. Fall. 24jähriges Mädchen, vom 9. bis 13. Lebensjahre ausgesprochene Anfälle von Epilepsie; mit Eintritt der Menstruation Transformation derselben in hystero-epileptische Attaquen, die dadurch von dem gewöhnlichen Schultypus abwichen, dass in der zweiten Periode des Anfalles die grossen Körperbewegungen stets um die Längenaxe und nicht wie gewöhnlich um die Queraxe des Körpers erfolgten.

Gelegentlich des Auftretens eines „Zoster hystericus" im Bereiche der hysterogenen Zone tritt eine Arretirung der Anfälle ein.

2. Ein Fall von hyst. Anaesthesie und Krämpfen, die in keiner Weise durch einen intercurrenten sehr fieberhaften acuten Gelenkrheumatismus beeinflusst werden.

Im Abschnitte IV werden die oculo-pupilären Symptome während und ausserhalb der Zeit der Krampfanfälle beschrieben.

Die Pupille verengt sich sofort und bleibt starr während der sog. *tonischen* Periode der ersten Phase des Anfalles. Mit dem Beginnen der clonischen Zuckungen dilatiren sich die P. sehr stark. Diese Mydriasis hält an während der ganzen weiteren Zeit der epileptoiden Phase sowie auch jener der grossen Bewegungen.

In der 3. Phase — die bekanntlich von passionellen Attituden mit oder ohne Dilirien gebildet wird — herrscht beständig wechselnde Verengerung und Erweiterung der Pupille.

In den anfallsfreien Zeiten besteht eine Beziehung zwischen dem Zustande der Sensibilität der Conjunction und der Cornea einerseits sowie dem Lichtsinne andererseits, indem Hysterische ohne Störung der *allgemeinen* Sensibilität des Auges keine Sehstörungen, keine Gesichtsfeldeinschränkungen, keine Farbensinnstörungen darbieten, wohingegen bei schweren Störungen der Farbenperception oder des Gesichtsfeldes stets Sensibilitätsanomalien am Auge constatirt werden können.

Der gleiche innige gegenseitige Connex zwischen *allgemeiner* Sensibilität und höheren Sinnesfunctionen gilt ausnahmslos. Leicht lässt sich dies für den Gehörsinn nachweisen.*) Diese Thatsachen machen es wahrscheinlich, dass sich die entsprechenden sensoriellen Centren mit den gewöhnlichen sensiblen decken.

Die letzten Kapitel behandeln die Pupillar-Bewegungen und die Diplopie durch Prismenversuche in Fällen von künstlich hervorgerufenen Hallucinationen — ferner die Ovarie und Ovarialcompression.

Müller (Graz).

---

217) **Marmé** (Göttingen): Ueber die sogenannten Abstinenzerscheinungen bei Morphinisten. (Centralbl. für Klin. Med. 1883. 14. April 1883.)

218) **Derselbe:** Untersuchungen zur acuten und chronischen Morphin-Vergiftung. (D. M. W. 1883. 14.)

Es handelt sich hier um eine Entdeckung von grösstem Interesse, denn die Auffassung und Erklärung der bei den Morphiumentziehungscuren auftretenden Abstinenzerscheinungen, wird hier chemisch fundirt. Aus den inneren Organen von Hunden (Lunge, Leber), denen längere Zeit hindurch Morphium in grossen, aber nicht tödtlichen Dosen subcutan beigebracht worden ist, kann man einen Körper darstellen (Dragendorff's Methode), der Reactionen wie das *Oxydimorphin* giebt. Wird letzteres gesunden Thieren direct in die Blutbahn gebracht, so

*) [Ref. erinnert hier an die Beobachtungen von Urbantschitsch, wo nach Bougierung der Ohrtrompete der Gehörsinn sich besserte.]

verursacht es Vergiftungssymptome, welche im Wesentlichen mit den Abstinenzerscheinungen der Morphiumentziehung übereinstimmen. Diese Vergiftungssymptome des Oxydimorphin werden durch subcut. Injection von salzsaurem Morphium beseitigt.

„In Oxydimorphin geht bekanntlich das Morphin in alkalischer Lösung ausserhalb des Organismus unter dem Einfluss des atmosphärischen Sauerstoffes sehr leicht über. Die gleich günstigen Bedingungen zu seiner Bildung findet es im kleinen Kreislauf von Menschen und Thieren."

Wir können also annehmen, dass sich bei chron. Morphinisten Oxydimorphin bildet, dessen Vergiftungswirkung aber durch die immer erneute Morphiumzufuhr unterdrückt resp. paralysirt wird. Kommt es nun zu einer Entziehungscur, also zu plötzlicher, langsamer oder ganz allmäliger Eliminirung des Morphin so kommen die Intoxicationserscheinungen des Oxydimorphin zum Ausbruch i. e. die s. g. Abstinenzerscheinung. Da Verf. den experimentellen Nachweis geliefert hat, dass Oxydimorphin tödtlich wirken kann (2 tägliche Dosen von 0,12 bringen bei Hunden am dritten oder vierten Tage den Exitus leth.), so liegt es nahe, den Tod im Collaps bei plötzlicher Morphiumentziehung (Levinstein's Methode) auf Oxydimorphin zurückzuführen. Für die Methoden der Morphiumentziehung ergeben sich folgende Schlüsse, welche die Anschauungen ausserordentlich stützen, welche Ref. in seiner Brochure *„die Morphiumsucht und ihre Behandlung"* kürzlich ausgesprochen hat. 1. Die Methode der plötlichen Entziehung ist zu verwerfen, weil die hier ungehindert sich entwickelnde Oxydimorphinwirkung den Tod des Kranken herbeiführen kann. 2. Die Methode der allmäligen Abgewöhnung ist ebenfalls zu verwerfen, weil durch die zwar langsam verminderten aber wochenlang fortgesetzten Morphininjectionen immer auf's Neue Oxydimorphin im Organismus sich bildet, welches immer wieder seine Wirkung entfaltet, und den Kranken somit wochenlang maltraitirt und quält. 3. Die modificirt-langsame Entziehung ist die beste Methode, weil bei ihr die tödtliche Oxydimorphinwirkung ausgeschlossen ist und weil durch die schnelle — aber nicht plötzliche — Entziehung des Morphium die weitere Bildung von Oxydimorphin verhindert wird.

Würde es möglich sein ein gefahrloses Anditot des Oxydimorphin zu constituiren — es müsste ein starkes Reductionsmittel sein, welches von dem im Organismus befindlichen Oxydimorphin den Sauerstoff abspaltete — so könnten wir den Morphiumsüchtigen die immer peinlichen Abstinenzerscheinungen bei der Entziehungscur erfolgreich mildern.

Erlenmeyer.

---

219) **Wilh. Svetlin** (Wien): Psychosen nach Chloroform-Missbrauch.
(Wiener med. Presse Nro. 47 u. 48. 1882.)

Der Chloroformismus kommt wie der Alkoholismus, je nach der Dauer, Quantität und Qualität des Missbrauches, in zwei Formen zur Beobachtung: einer acuten, hervorgerufen durch kürzere Zeit dauernden,

aber höchstgradigen Missbrauch des Toxons, und einer chronischen, die durch lange Zeit hindurch fortgesetzten Insult des Gehirnes erzeugt wird. Klinisch weist derselbe die grösste Aehnlichkeit mit dem chronischen Alcoholismus auf und speciell in den von dem Verfasser mitgetheilten 2 Fällen finden wir das gewöhnliche Bild des Delirium tremens alcoholicum: Massenhafte wild wechselnde Gesichtshallucinationen schreckhaften Inhaltes, sowie schwere Bewusstseinsstörung, Schlaflosigkeit und Tremor. In beiden Fällen des Verf.'s die nach einem ungewöhlich kurzen Missbrauche, — in dem einen nach schon 21tägigem, in dem anderen nach circa 2 monatlichem, in welcher Zeit allerdings gegen *8000 Grm.* Chloroform inhalirt wurden — von den schwersten hallucinatorischen Delirien befallen und nach circa 10 Tagen geheilt wurden, war fast unstillbares Erbrechen von Schleimwasser und Blut vorhanden — ein dem Delirium tremens alcoh. im Allgemeinen fremdes — dem Delirium tremens acutum in Folge der plötzlichen Entziehungskur bei Morphinisten häufig vorkommendes somatisches Symptom.

Die acute Form geht nach 4—6 Tage dauerndem Paroxysmus in volle Restitutio ad integrum über, die chronische geht mit schwerer, dauernder psychischer Störung einher als: Moral insanity, Schwachsinn etc. Müller (Graz).

---

220) **Fritz Siemens** (Marburg): Geistige Erkrankung in Einzelhaft. (Berl. kl. W. 83. Nro 9.)

Hallucinatorische Seelenstörung mit ängstlicher Erregung und Verfolgungsideen bei einer 68 jährigen erblich disponirten geistig beschränkten Frau, die wegen Beihülfe zum Morde verhaftet, in der Untersuchungshaft erkrankte. Günstiger Verlauf in ca 5 Monaten. Die Genesene wurde, da sie zur Zeit der That noch zurechnungsfähig gewesen, zu 6 Jahren Zuchthaus verurtheilt.

Langreuter (Dalldorf).

---

221) **W. Bechterew** (St. Petersburg): Ueber den Zustand der Körpertemperatur bei einigen Formen von Geisteskrankheiten (in Verbindung mit der Wärmeregulirung). (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIII. 3. p. 483.)

Die von B. ausgeführten Untersuchungen beziehen sich auf *Melancholie, Manie* u. *Blödsinn.* Die Temperatur wurde immer in recto gemessen und zwar 2 mal täglich, früh von 8—9 und Abends von 6—8 Uhr. Ausserdem fanden Messungen an der Peripherie mit Séguin'schen Thermometern u. bei einigen Kranken calorimetrische Versuche nach Liebermeister's Methode statt.

Bezüglich der *Melancholie* fand B., dass im 1. Stadium (melanchol. Erregung) die Temperatur entweder auf der normalen Höhe blieb, oder über die Norm stieg (38.9—40!). In dem Stadium tiefer psychischer Depression sank die Temperatur bedeutend (bis 35) während

sie in der Genesungsperiode — oft mit bedeutenden Schwankungen — zur Norm zurückkehrte. Die Wärmevertheilung an der Körperoberfläche erwiess sich als eine sehr unregelmässige. Eine ähnliche Ungleichheit kam auch in den tieferen Gebieten des Körpers vor, wie B. durch Messungen in der Tiefe der äusseren Gehörgänge nachweisen konnte. Das Maximum der täglichen Temperatur rückte bei Melancholie vielfach vom Abend auf die Mittagszeit vor, während das Minimum bereits auf Mitternacht fiel. („Typus anteponens“). Diese Erscheinung wurde besonders auf der Höhe der Krankheit beobachtet. Die calorimetrischen Versuche ergaben: Behinderung des Wärmeverlustes von der Oberfläche und Verminderung der Wärmebildung im Inneren des Körpers. Das Sinken der Körpertemperatur Melancholischer führt Verf. auf eine Herabsetzung des Stoffwechsels in den Geweben zurück. (Harnstoffabnahme).

Im Verlaufe der *Manie* wurde im Prodromalstadium subnormale Temperatur beobachtet, die während der maniacalischen Periode rapide bis zur normalen Grenze oder etwas darüber sich hob, zuweilen nach bedeutenden Schwankungen. Die Erschöpfungsperiode hatte wieder niedrige Temperatur, die meistens erst nach voller Genesung eine normale wurde. Bezüglich der Tagesschwankungen beobachtete Verf. mannigfache Variationen. Die Ursache der Temperaturerhöhung findet B. in der forcirten Muskelbewegung. (Nach der Harnanalyse ist der Stoffwechsel nicht erhöht).

Bei *Blödsinnigen* endlich (angeboren und secundär) liess sich irgendwelcher Typus der Temperaturverhältnisse nicht feststellen. Leichte Erhebungen wechselten häufig mit tiefem Sinken (bis 34.5!) ab. (Centrale Ursache.)

Mehrere Tafeln mit Temperaturcurven sind der Arbeit B's. beigefügt. Langreuter (Dalldorf).

---

222) **H. Rayner** (Hanwell); Large Asylums for the Insane. (The Lancet 1882, 30. Dezbr.)

223) **S. W. Williams** (Heywards Heath): Offener Brief zu obigem Aufsatz. (The Lancet 1883, 6. Januar.)

H. Rayner bekämpft die Neigung, die Irrenanstalten immer grösser zu machen mit dem Nachweise, dass man mit Unrecht die grössten Anstalten zugleich für die billigsten hält. Dieser Nachweis wird geliefert in einer tabellarischen Zusammenstellung der durchschnittlich auf einen Kranken treffenden Kosten je nach der Gesammtzahl der Kranken in einer Anstalt. Der Zusammenstellung lagen die Berichte aus den Jahren 1877 und 1881 zu Grunde. Demnach waren die Kosten am geringsten bei einer Krankenzahl von 450—600; dann folgten nach aufwärtz die Anstalten mit 600—800, dann über 800 Kranken, am theuersten kam die Verpflegung bei einem Bestande unter 450 (im Jahre 1881). Die Bauunterhaltungskosten dagegen stehen nach einer Tabelle im geraden Verhältnisse zu der Bettenzahl.

Verf. hält also eine Bettenzahl von 450 bis 600 für die ökono-

misch günstigste. Die Zahl 600 ist nach ihm die Grenze, bis zu welcher ein Director noch die Kranken übersehen und deren Behandlung und Verpflegung leiten könne.

S. W. Williams pflichtet in seinem offenen Briefe den Ansichten Rayner's bezüglich der Grösse der Anstalten völlig bei. Er möchte aber davor warnen, die Anstalten allein durch Ueberführung der harmlosen chronischen Kranken in die Werkhäuser und die häusliche Pflege möglichst zu entlasten. Er habe durch dieses Vorgehen nun die Anstalt voll gewaltthätiger, mord- und selbstmordsüchtiger, zerstörungssüchtiger Kranker. Eine zu grosse Ansammlung acuter Fälle habe den Nachtheil, dass die Kranken sich gegenseitig aufregten. Verf. möchte durch ein Gesetz die Bestimmung getroffen haben, dass keine Anstalt mehr als 600 Betten haben dürfe, ferner dass die Districte gezwungen würden je nach Bedürfniss entweder einzeln oder mehrere zusammen neue Irrenanstalten zu bauen.

Karrer (Erlangen).

---

224) **Erlenmeyer:** Irrenwesen. (Sep.-Abdruck aus dem Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens. Verlag von A. Hirschwald. Berlin 1882.)

I. *Statistik, Ursachen, Verhütung und Behandlung des Irreseins.*

Ohne die Frage der *absoluten Vermehrung der Seelenstörungen* direct zu entscheiden, legt E. zu ihrer besseren Beurtheilung bezügliche Zahlen der letzten Jahrzehnte vor, aus denen hervorgeht, dass während der letzvergangenen 25 Jahre die Zahl der in Anstalten untergebrachten Irren sich in Frankreich und Holland vervierfacht, in Belgien verdoppelt hat. In England und Wales vermehrte sich die Zahl der Irren in Anstalten um 250% bei gleichzeitiger Zunahme der Gesammtbevölkerung um nur 45% während der letzten 30 Jahren. In Preussen endlich hat sich die Zahl in 6 Jahren mehr als verdoppelt. Aehnlich sind die Verhältnisse in allen Culturländern.

Von den *Ursachen* der Geistesstörung werden erörtert 1) *Erbliche Anlage,* wo besonders die Wichtigkeit der Blutsverwandtschaft der Eltern betont wird, 2) *Vorbereitende Momente* (erschöpfende besonders constitutionelle Krankheiten, chronische Intoxicationen, Aufregungen und Sorgen) 3) *Gelegenheitsursachen* (Verletzungen, Typhus, Wochenbett etc.) Vf. stellt die Dignität der *körperlichen* Ursachen bedeutend höher als die der *psychischen.*

Bei dem Capitel der *Verhütung der Seelenstörungen* verficht E. die *Pflicht* einer staatlichen Fürsorge, indem er ebenso energische wie practische Vorschläge macht. Es sei auf dem Wege der Gesetze und Verordnungen zu erstreben: Behinderung der ehlichen Verbindung von Blutsverwandten enger Grade, Einschränkung der Trunksucht nie durch Polizei-Massregeln, nur durch Erhöhung der Branntwein- und Aufhebung der Bier-Steuer, Regulirung des Prostitutionswesens, menschlichere Behandlung der Rekruten, grösserer Betonung der körperlichen Erziehung in den höheren Schulen (ohne Herabminderung des Lehrstoffes), ferner Erleichterung der Aufnahme-Bedingungen in Ir-

renanstalten und obligatorische Prüfung in der Psychiatrie im med. Staatsexamen.

Aus dem Passus *Behandlung* ist hervorzuheben, dass der Vf. ganz besonders die *frühzeitige* Anstanstaltsbehandlung empfiehlt. Wohlthuend sind ferner seine Bemerkungen über den „müssigen Streit" zwischen Restraint und No-restaint, dessen prinzipielle allgemeingültige Entscheidung nie zu treffen sei. Man solle dem „gewinssenhaften und umsichtigen Irrenarzte" getrost die zutreffenden Massnahmen überlassen.

II. *Entwickelungsgeschichte und Systematik der Irrenanstalten.*

Nach einer historischen Einleitung, in der E. den Sport tadelt, der seiner Zeit in Deutschland mit den sog. „Systemen" getrieben wurde, (Absolut getrennte Heil- und Pflegeanstalten, relative Verbindung, gemischte Anstalten etc.) und einigen Bemerkungen über die Kosten der Anstaltsbauten überhaupt, wird der Methode der sog. „freien Behandlung" der Geisteskranken längere Aufmerksamkeit gewidmet. Dem englischen *Cottagesystem* und dem belgischen System der *Familienpflege* zieht der Vf. die aus Frankreich stammende Einrichtung der *agricolen Colonie* vor, deren Hauptvorzug in dem grösstmöglichsten Maass von Freiheit liege, die sie im Stande sei den Kranken zu gewähren. Auf die Art der Beschäftigung, ob Landarbeiter oder Handwerker, komme es dabei weniger an. Nach Erwähnung der reinen Siechenanstalten und der Sonderanstalten für Epileptische und Idioten erörtert E. die Frage der Unterbringung der irren Verbrecher, in der er einen ganz objectiven Standpunkt einnimmt. Es wird dann noch einmal die Nothwendigkeit der psychiatrischen Kliniken hervorgehoben und die Berechtigung der Privatanstalten für Nerven- und Gemüthskranke anerkannt. Zum Schluss macht Verf. speziellere Angaben über die Einrichtung der Irrenanstalten bei deren Bau er den Grundsatz *einfach aber praktisch* empfiehlt.

III. *Gesetzliche Bestimmungen*

des Irrenwesens bilden den letzten Theil. Unter den Gesichtspuncten 1) Concession, 2) Revision, 3) Aufnahme, 4) Anzeige der Aufnahme, 5) Entmündigung — werden die einschlägigen Gesetze und Verordnungen zusammengestellt und interpretirt. E. bedauert das noch nicht Vorhandensein eines Allg. deutschen Irrengesetzes und spricht sich sehr abfällig über die Bundscheckigkeit der Verordnungen in den verschiedenen Staaten und Provinzen, sowie über den allenthalben zu Tage tretenden übertriebenen Formalismus aus, der das Aufnahmeverfahren in unverantwortlicher Weise zum Nachtheile der Kranken verschleppe und oft den Schwerpunkt der Staatsintervenirung auf ganz falsche Gebiete verlege (wie z. B. bei der Revision der Privatirrenanstalten).

Von den positiven Reformvorschlägen Erlenmeyer's ist hervorzuheben: Bei der *Concessions*ertheilung soll darauf gesehen werden, dass die Anstalt genügend Feld und Garten hat, dass die zulässige Zahl der Krankenaufnahmen fixirt werde, ferner dass die nidrigsten Pensions-

sätze für die Kranken nicht geringer seien als die Minimalsätze für die sog. Normalkranken öffentlicher Anstalten. Die *Revisionsbeamten* sollen *practische* psychiatrische Kenntnisse besitzen. Bei der *Aufnahme* der Kranken ist die Mitwirkung der Polizei als *genehmigende* Behörde durchaus zu verwerfen, das Attest eines *Medicinalbeamten* soll genügen. Schliesslich soll die *Anzeige*pflicht auf Mittheilung an den Staatsanwalt und der Gemeindevorstand reduzirt werden.

Vereinfachung und *Vereinheitlichung* der gesetzl. Bestimmungen ist der Kern der E.'schen Bestrebungen.

Langreuter (Dalldorf).

III. Verschiedene Mittheilungen.

225) Aus Berlin. *Der Verein deutscher Irrenärzte* hält am 16. und 17. Mai d. J. in Berlin seine Versammlung ab im Anschluss an die Hygiene-Ausstellung. Gerade aus letzterem Grunde scheint uns die Wahl der Zeit eine unglückliche. Die Ausstellung wird erst am 10. Mai eröffnet und es ist mit Sicherheit vorauszusagen, dass die Irrenärzte Mitte Mai eine unfertige Ausstellung besuchen werden. Vorträge für die Versammlung sind an den Vorsitzenden des Vereins (Dr. W. Nasse in Bonn) anzumelden. —

226) Aus Berlin. In der Sitzung der Stadtverordneten-Versammlung vom 6. April wurde das städtische Budget pro Etatsjahr 1883—84 berathen und festgestellt. Wir heben daraus folgendes hervor: „Special-Etat 37. Irrenverpflegungsanstalt zu *Dalldorf*. Einnahmen 138100 M. Ausgaben 1157955 M. Zuschuss 1019855 — werden bewilligt."

227) Aus Leipzig. In der schles. prov. Irrenanstalt zu *Plagwitz* verbrannte kürzlich eine Kranke in einer Zelle. Diese war durch einen Kachelofen erwärmt, der vom Corridor aus geheizt wurde. Eine Erklärung des Unglücksfalles ist durch die genaueste Untersuchung nicht gefunden worden.

228) Aus Leipzig. Das Reichsgericht hat in der Sitzung des III. Strafsenats vom 18. December vorigen Jahres die Revision der Verurtheilung zweier Irrenanstaltswärterinnen, welche wegen fahrlässiger Tödtung bestraft worden waren, verworfen. Der Fall ist folgender: Es handelt sich um eine schwere Melancholie mit Selbstmorddrang. Die betr. Kranke lag auf der Aufnahmeabtheilung, wo beständig Wache gehalten werden soll. Des Morgens ging die zu diesem Behufe designirte Wärterin einen Augenblick aus dem Wachzimmer, und dies benutzte die Kranke zum Suicidium. Die Abtheilungswärterin (schon 12 Jahre im Dienst) hatte leider die Thür zur Badestube offen gelassen, so dass die Kranke sich ungestört hineinbegeben konnte. Sie drehte die Hähne einer Wanne auf und legte sich so in die Wanne, dass das Gesicht, der Hals und die Brust im Wasser sich befanden, während die Füsse auf dem Rande der Wanne lagen; die Arme waren an den Rumpf gepresst. In dieser Situation ist sie erstickt.

Die beiden Wärterinnen wurden aus dem Dienst entlassen, und unter Anklage der fahrlässigen Tödtung gestellt. Die Abtheilungswärterin wurde zu 3 Tagen, die Krankenwärterin zu 14 Tagen Gefängniss verurtheilt. Der Einwand der Revisionsschrift, dass die Kranke sich „freiwillig"

getödtet habe, wurde von dem R.-G. zurückgewiesen, da das Thun derselben weder civil- noch strafrechtlich als ein Akt freier Willensmeinung aufzufassen sei; es erscheint nicht als zurechenbare Handlung, sondern hat nur den Charakter einer gleichsam „elementaren Thatsache.“ „Der Tod der Kranken konnte als Folge der Dienstwidrigkeiten der beiden Angeklagten ohne Rechtsirrthum angesehen werden, da er ohne solche nicht eingetreten wäre und darin seine eigentliche Ursache hat. Die Möglichkeit, bei Anwendung der obliegenden Sorgfalt diesen Tod verhüten zu können ist vom Vorrichter festgestellt und ohne Zweifel darauf gestützt, dass es eine der wichtigsten Aufgaben des Wartpersonals einer Irrenanstalt ist, die der Selbstleitung ganz oder zum Th. beraubten Kranken vor Schaden zu schützen, und dass die Wärter und Wärterinnen aus Erfahrung wohl wissen, wie häufig ein Mangel in der Ueberwachung die schlimmsten Folgen in Beziehung auf die leibliche Integrität der Kranken hat.“

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Klingenmünster, Director, 5000 M., freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung. Meldung an die Bayr. Regierung in Speyer. 2) Leubus, II. Arzt, 3000 M., freie Familienwohnung. Meld. an den Landeshauptmann von Schlesien Herrn von Uthmann in Breslau. 3) Sonnenstein, Anstaltsarzt (Rang als Hilfsarzt) 1800 M. 4) Owinsk, (prov. Irr.-Anst. Posen) a) Director; Meldung an den Oberpräsidenten Herrn von Guenther in Posen. b) Zwei Assistenzärzte baldigst; 2000—2500 M. jährlich nebst freier Wäsche. Meldung an die Direction. 5) Blankenhain (Grossherz.-Sachsen) Assistenzarzt 1. Juli. 600—900 M. freie Station, Praxis in der Stadt. 6) Bonn (Prov.-I.-Anst.) Volontairarzt, 1. Juli 800 M. 7) Die Kreisphysicate: Coesfeld (Münster), Colberg (Stettin), St. Goar Koblenz), Greifenhagen (Stettin), Lippstadt (Arnsberg), Schroda (Posen), Wetzlar (Koblenz), Soest (Arnsberg).

Besetzte Stellen. Merzig, Assistenzarzt Herr Dr. Guder aus Modritz.

Versetzt. Kreisphys. Dr. Senstius Czarnikau in den Kreis Ober-Barnim.

Todesfälle. Geh. San-Rath Dr. Wiesmann in Dülmen, Physicus des Kreises Coesfeld. Regierungs- und Medicinalrath Dr. Miquél in Osnabrück.

Druckfehler.

Pag. 174 Z. 15 und Z. 20 von unten lies: Fick's statt Pick's, pag. 175 Z. 2 von oben lies: Stränge statt Störungen, pag. 177 lies: Gortinsky statt Gorbinsky.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 15. Mai 1883. Nro. 10.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. P. J. Möbius: Notiz über das Verschwinden des Kniephänomens bei alten Leuten.

II. REFERATE. 229) Erlitsky: De la structure du nerf auditif. 230) M. Duval: La corne d'Ammon. 231) Pitres: Note sur les Altérations de la Moelle épinière recontrées dans un cas de pied bot varus èquin. 232) A. Adamkiewicz: Medullasarcom. 233) Raymond & Dreyfous: Contribution à l'étude de l'aphasie. 234) Julius Eröss: Thrombosis arteriae fossae Sylvii dextrae. 235) P. Marie: Contribution à l'étude et au Diagnostic des formes frustes de la Maladie de Basedow. 236) Geiza Faludy: Ueber Meningitis cerebro-spinalis. 237) Julius Eröss: Poliomyelitis anterior subacuta. 238) Isolirte specifische Trigeminus-Affection. 239) L. Langer: Beitrag zur Kenntniss des Cheyne-Stockes'schen Phaenomens. 240) W. Weiss: Ueber symmetrische Gangrän. 241) Hastreiter: Ein Fall von symmetrischer Asphyxie der unteren Extremitäten. 242) C. Lange: Neuropatologisk Kasuistik og Kritik. (Vasomotoriske og trofiske Neuroser.) 243) Samuel Róna: Vasomotorische Erscheinungen an der allgemeinen Decke im Verlaufe von Icterus. 244) Nicoladoni: Beiträge zur Nervenchirurgie. 245) Th. Stein: Ueber electrische Massage und electrische Gymnastik. 246) R. Burkart: Zur Pathologie der chron. Morphium-Vergiftung. 247) C. H. Hughes: Morphiumentziehung. 248) Crothers: Neurasthenie als Ursache der Trunksucht. 249) Carl Lechner: Die in den Entwicklungs-Phasen unseres psychischen Lebens vorkommenden Mängel und deren Ursachen. 250) Carl Lechner: Die Localisation der Demenz als Nutritions-Störung des Gehirnes.

III. VEREINSBERICHTE. 251) Westphal: Ueber Thompsen'sche Krankheit 252) Mendel: Ueber Hirnbefunde bei der progressiven Paralyse der Irren. 253) Carl Laufenauer: Traumatische cerebrale Hemiplegie in Begleitung von Trophoneurosen und corticaler Epilepsie. 254) Anton Velics: Ein Fall von Hirntumor. 255) Kortum: Ueber Idiotie. 256) Mendel: Ueber secundäre Paranoia.

IV. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Notiz über das Verschwinden des Kniephänomens bei alten Leuten.

Von P. J. MÖBIUS.

Als ich neulich zu einem hier nicht zu erörternden Zwecke 56 Leute, die das 80. Lebensjahr überschritten haben, untersuchte, fand ich, dass bei mehreren derselben das Kniephänomen fehlte. Genauer ist dies aus folgender Tabelle zu ersehen. Das Kniephänomen war

lebhaft	bei 9 (8 weibl., 1 männl.)	34 (18 m., 16 w.)
mittelstark	bei 19 (7 „ 12 „)	
schwach	bei 6 (1 „ 5 „)	

fehlend	bei 9	(7 weibl.,	2 männl.)	22 (5 m., 17 w.)
minimal	bei 8	(6 „	2 „	
einseitig min.	bei 3	(2 „	1 „	
„ fehlend	bei 2	(2 „)		

Es war also bei einer nicht unbeträchtlichen Zahl das Kniephänomen hochgradig vermindert oder ganz abwesend. Coll. Böhme in Hubertusburg hatte die Güte, mir mitzutheilen, dass er unter 6 über 80 J. Alten bei 2 (m.) kein, bei 1 (m.) nur einseitig ein schwaches, bei 2 (w.) ein sehr schwaches, nur bei 1 (w.) ein lebhaftes Kniephänomen erhalten habe.

Die Alten ohne Kniephänomen waren nicht die ältesten, vielmehr hatten die 2 Einzigen, welche älter als 90 J. waren, ein lebhaftes Kniephänomen. Wohl aber waren die mit vermindertem oder ohne Kniephänomen im Allgemeinen decrepider als die andern. Mehr von ihnen als von den andern zeigten Schwäche der Beine. Doch bestand kein directes Verhältniss zwischen der Kraft der Beine, resp. der Fähigkeit zu gehen, und dem Verhalten des Kniephänomens, da einerseits manche, die kaum zu gehen im Stande waren, ein normales Kniephänomen hatten, andererseits manche mit fehlendem oder minimalem Kniephänomen ganz gut gingen. Erscheinungen, die auf Veränderungen im Rückenmarke zu beziehen wären, bestanden in keinem Falle. Nur eine Frau klagte über Schmerzen in den Beinen (Ischias). In einem Falle ohne Kniephänomen bestand Kyphoskoliose. Der Betreffende ging gut und war in jeder Beziehung wohlerhalten. Bei einem Kranken, der eine linkseit. Hemiparese hatte, war rechts das Kniephänomen minimal, links deutlich. Bemerkenswerth scheint mir, dass, soweit ich darauf achtete, das Ligamentum Patellae bei den Alten ohne Kniephänomen auffallend hart war. Allerdings fand ich diese Härte auch bei solchen mit normalem Kniephänomen. Die mechanische Erregbarkeit des Vastus internus war ohne Ausnahme erhalten.

Nach dieser Darlegung kann man wohl sagen, dass eine bis zum Erlöschen gehende Abschwächung des Kniephänomens zu den Symptomen des Seniums gehört. Ein praktisches Interesse scheint dieser Umstand zunächst nicht zu haben, da kaum Jemand bei einem Achtzigjährigen an beginnende Tabes oder dgl. denken wird. Indessen wäre es wohl möglich, dass, wie andere senile Erscheinungen, auch das Verschwinden des Kniephänomens vorzeitig einträte. In der That habe ich jüngst einen 58 j. Herrn untersucht, der kein Kniephänomen, keinerlei sonstige spinale Symptome, aber mehrere senile Erscheinungen hatte. Bei derartigen Fällen, besonders wenn das Verschwinden des vorher constatirten Kniephänomens beobachtet werden sollte, kann die Erkenntniss, dass Schwinden des Phänomens ein Zeichen des Seniums ist, zur Sicherung der Diagnose beitragen. —

Es möge gestattet sein, noch zwei Bemerkungen anzuschliessen. Mit Bezug auf die interessante Arbeit Bloch's (Archiv f. Psych. XII. p. 471) erwähne ich, dass ich bei 2 Kindern eines an hypochondrischer Neurasthenie leidenden Mannes das Fehlen des Kniephänomens constatirt habe. Der Kranke, welcher von einer nervösen Mutter

stammt, hat selbst ein lebhaftes Kniephänomen. Sein 30 j. Sohn, leidet auch an Neurasthenie, seine 14 j. Tochter ist bisher gesund. Ob auch ein anderer Sohn, der sich nicht hier aufhält, des Kniephänomens ermangelt, habe ich nicht in Erfahrung bringen können.

Bei Neurasthenie habe ich sorgfältig auf das Kniephänomen geachtet. Nie habe ich es vermisst (ausser in dem eben erwähnten Fall), nie habe ich hochgradige Steigerung (resp. Fussphänomen) beobachtet, bald ist es lebhaft, bald schwach, ohne dass eine Beziehung zur Schwere od. Art des Zustandes bestände. Nur bei Onanisten schien es mir im Allgemeinen lebhafter als sonst zu sein.

Leipzig, am 28. Februar 1883.

II. Referate.

229) **Erlitsky** (St. Petersburg): De la structure du nerf auditif. (Arch. de Neurolog. Nro. 7.)

Viele den N. intermedius Wrisbergi constituirende Nervenfasern entspringen in den in der pars vestibularis der Hörnerven gelegenen microscopischen Ganglien.

Der Wrisbergische Nerv verbindet sich vollständig mit dem Ganglion geniculi n. facialis (? Ref.) wodurch eine directe innige Verbindung zwischen dem Acusticus und facialis hergestellt ist. Müller (Graz).

---

230) **M. Duval** (Paris): La corne d'Ammon. (Archives de Neurolog. Nro. 6 und Nro. 7.)

Behandelt die Morphologie und Embryologie des Ammonhornes beim Menschen und den Affen mit der dem bekannten Gehirnanatomen eigenartiger Klarheit und Exactheit. Müller (Graz).

---

231) **Pitres** (Bordeaux): Note sur les Altérations de la Moelle épinière recontrées dans un cas de pied bot varus èquin. (Arch de Neurolog. Nro. 9.)

In der Lendenanschwellung eines Mannes mit Klumpfuss zeigte sich eine stricte auf das Vorderhorn der correspondirenden R.-M.-Hälfte beschränkte Laesion, ganz ähnlich den Befunden bei alten atrophischen Spinallähmungen.

Müller (Graz).

---

232) **A. Adamkiewicz** (Krakau): Sarcome de la Moelle èpinière, à marche latente, siégeant au point d'emergence du plexus brachial. (Archives de Neurologie, Vol. IV. Nro. 12. ferner: Wiener mediz. Presse 1883, Nro 9, 10, 11, 12.)

Bei der Autopsie eines 16jährigen Fleischerburschen, der an Lyssa starb, wurde ausser einer sehr erheblichen Hyperämie der Pia mater ganz unerwartet ein Tumor in der linken Hälfte des unteren Abschnittes der Cervico-Brachialanschwellung gefunden, der in vivo absolut symptomenlos verlaufen war.

Der Tumor, ein Sarcom, sass in der R.-M. Substanz selbst, sodass er auch an der Oberfläche von normalem Rücken-Marksgewebe bedeckt war, reichte mit seiner Längsachse vom V.—VII. Halsnerven und hatte eine Ausdehnung von circa 3 Ctm. Gerade in seiner Mitte war die ganze vordere Wurzel des VI. Halsnerven, der sich ebenso wie die vord. und hint. W. des V. und VII. Halsnerven vollkommen normal verhielt. Auf dem Querschnitte zeigte sich das die linke R.-M.-Hälfte constituirende Nervengewebe bis auf einen schmalen, sichelförmigen Saum reducirt, und zwar war der Seitenstrang bis auf geringfügige in der Nachbarschaft des Hinterhornes befindliche Reste fast ganz, der Vorder- und Hinterstrang auf etwa die Hälfte des normalen Querschnittes geschwunden, die graue Säule aber hatte eirca die Hälfte bis 2 Dritttheile ihres normalen Querschnittes eingebüsst.

Die genaue histologische Untersuchung, bezüglich deren sehr interessanter Details auf das Original verwiesen werden muss, ergab die Nerven und Ganglien nicht zerstört, sondern nur dislocirt und auf einen kleinen Bruchtheil ihres natürlichen Volumens reducirt so z. B. hatten die Ganglien eine zweiundreissigfache Abnahme ihres normalen Volumens erfahren.

Dabei hatte die Function der Elemente nicht im Geringsten Schaden gelitten, ein sprechender Beweis für die ungemein grosse Adaptionsfähigkeit der Rückenmarkselemente an den Druck des langsam wachsenden Tumors.

Zahlreiche instructive Abbildungen sind der interressanten Arbeit beigegeben. Müller (Graz).

---

233) **Raymond & Dreyfous** (Paris): Contribution à l'étude de l'aphasie. (Arch. de Neurol. Nro. 7.)

2 Fälle von linksseitiger Hemiplegie mit Aphasie bei Rechtshändern. Autoptisch: multiple Hirnherde in der rechten und linken Hemisphäre gelegen.

Müller (Graz).

---

234) **Julius Eröss** (Budapest): Thrombosis arteriae fossae Sylvii dextrae. (Orvosi Hetilap. 51, 52, 53. 1882.)

An dem 4 J. alten Knaben A. H. wurde nach zweimonatlichem Fieber, häufigem Erbrechen, Aufschreien, Greifen nach dem Kopfe, soporösem, unbewusstem Zustande auch eine *Phlegmone retrobulbaris* mit Protrusion des Bulbus wahrgenommen. Nach dem rechtsseitigen ist auch einen Tag später der linke Augapfel demselben Processe anheimgefallen.

Nach permanenten clonischen Krämpfen, Opisthotonus, Paralyse der beiden Faciales, der r. oberen und unteren Extremität, tiefem Coma starb das Kind in 3 Tagen.

Sectionsbefund: *Thrombosis arteriae fos. Sylvii dextrae, cum hämorrhagia et emollitione insulae, operculi et portionum vicinalium lobi frontalis, nec non capsulae externae, subsequente meningitide puculento-hämorrhagica ad basim cerebri; thrombosis sinus cavernosi et phlegmone textus retrobulbaris dextri, praecipue glandulae lacrymalis.*

Exophthalmus. Infiltratio inflammatoria textus retrobulbaris sinistri, minoris gradus.

Die Krankheitsdiagnose wurde auf Leptomeningitis gestellt; der causale Zusammenhang zwischen Augenaffection und Hirnentzündung war nicht leicht eruirbar. Die Annahme, dass jene metastatischer Natur sei und vom eitrigen Exsudate an der Hirnbasis abhängt, bestätigte der nachfolgende Process am andern Auge.

Nach der epicritischen Analyse der Mischsymptome des Falles blieb die Ursache der Menigitis unaufgehellt; der Blutaustritt und dessen Herdsymptome hellte die Diagnose auf.

Bezüglich der Priorität der Thrombose als einleitende Erkrankung diente die Anamnese: Plötzlichkeit, vollständige Bewusstlosigkeit, Aphasie, Heftigkeit der Meningitis.

Da Thrombose der Hirnarterien bei Kindern äusserst selten ist, und auch hier keine locale Gefässwanderkrankung vorlag, das Kind auch nicht marantisch war, wodurch eine Verlangsamung der Circulation hätte entstehen können, bleibt die Pathogenese dunkel.

Der Thrombus des grossen Hirngefässes zog rasch tiefe anatomische Störungen, Veränderungen nach sich; dann bildete sich als Folge der secundären Meningitis eine Phlegmone retrobulbaris bilateralis aus.

Verf. behauptet in der einschlägigen Literatur keinen ähnlichen Fall gefunden zu haben. Entstehung, Krankheitsverlauf und Autopsie deckten sich nicht und lassen mehrfache Deutungen zu.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

235) **P. Marie:** Contribution à l'étude et au Diagnostic des formes frustes de la Maladie de Basedow. (Thèse de Paris und Publ. du Progrès medical 1883. Paris. 85 Seiten.)

Von Charcot angeregt, hat Marie eine grössere Anzahl von Kranken, die an M. B. leiden, in der Salpetrière untersucht und die gewonnenen neuen Gesichtspunkte durch Beiziehung einiger früher veröffentlichten Krankengeschichten zu stützen versucht. Im Ganzen wurden 19 Fälle ausführlicher mitgetheilt, davon 15 eigener Beobachtung. Als Resultat der sehr fleissigen Arbeit können die folgenden Schlüsse angesehen werden.

Der Morbus Basedow ist keine locale, sondern eine allgemeine Neurose (Möbius u. A.) und theilt mit den anderen Neurosen seine Aetiologie; namentlich von schwerwiegendem aetiologischen Einflusse sind Kummer, Sorgen, *Schreck*, Hereditär, weniger sicher gestellt sind direkte traumatische Einflüsse, weil in den Fällen wo sie Veranlassung scheinen, die durch sie veranlasste psychische Erregung immer auch nachweisbar ist.

Bisher wenig als Symptom des M.-B. gewürdigt ist das *Zittern*. Dasselbe wurde fast in sämmtlichen danach untersuchten Fällen gefunden und auch früher schon von Charcot, Nothnagel u. A. gesehen.

Dieses Zittern bietet bestimmte graphische Charaktere (Raschheit,

Regelmässigkeit etc.), die es nach der Ansicht des Verf. vom Zittern bei manchen anderen Affectionen unterscheiden lassen sollen. Es betrifft mehr die gesammte Muskulatur, als etwa die Muskeln gerade der Finger (Alcoholismus). Das Vorhandensein des Exopthalmus oder des Kropfes ist wie auch andere Autoren früher schon gezeigt zur Charakterisirung des M. B. nicht durchaus nothwendig.

Fälle, in denen eines oder das andere der Hauptsymptome fehlt, werden von Marie als Maladie de Basedow fruste im Gegensatze zur Maladie de Basedow type bezeichnet.

Verfasser studirt dann an der Hand der Casuistik noch einige andere bislang weniger gewürdigte Symptome (s. u.) und kommt zu folgendem Schluss: *Jedesmal, wo man bei einem Kranken permanente Tachycardie und das oben beschriebene Zittern ohne wesentliche Erhöhung der Körpertemperatur constatiren kann, muss man an die Basedow'sche Krankheit denken. Die Diagnose wird sicherer, wenn es gelingt eines oder mehrere der folgenden Symptome aufzufinden: Paroxystisch wiederkehrende Durchfälle; allgemeine oder locale Schweisse; Bulimie, Schlaflosigkeit, Reiz-Husten ohne Auswurf und ohne physikalische Zeichen.*

Die Basedow'sche Krankheit, meint Marie, mit Kropf und Exophthalmus ist nicht sehr selten; die Fälle, wo nur einige, aber nicht alle Symptome da sind, sind sogar sehr häufig.

Edinger (Giessen).

---

236) **Geiza Faludy** (Budapest): Ueber Meningitis cerebro-spinalis. (Orvosi Hetilap 1883. Nro. 3. 4.)

Verf. behandelte in seinem Ambulatorium innerhalb 14 Jahren 16 Fälle. Die Krankheit war also nicht epidemisch. *Zwei Fälle* konnte er zweifellos *mit der Vaccination in causalen Zusammenhang* bringen.

Verf. meint, dass bezüglich der Diagnose nur dort keine Zweifel erhoben werden könnten, wo nach der Reconvalescenz vollkommene Taubheit zurückbleibt (3 Fälle) obwohl diese selbst nach einigen Jahren sich noch repariren könne (1 Fall).

Bezüglich des *wankenden Enten-Ganges* solcher Patienten liegt es nach dem Verf. nahe, die Gleichgewichts-Störungen auf die mit der Meningitis isochrone eitrige Entzündung der halbkreisförmigen Bogengänge des Labyrinthes und der Ampullen zurückzuführen, wie solche sowohl bei der Menière'schen Erkrankung festgestellt ist, als auch gelegentlich der Section von an *Mening. cer.-spinalis* Gestorbenen gefunden wurde.

Nach den Untersuchungen Exner's muss aber auch eine *Hirnmarks-Erkrankung* vorliegen, um Gleichgewichts-Störungen zu bedingen.

Nach Moos sei das Centrum des Aequilibrial-Organes im Cerebellum, mit welchen die Nervenendapparate der Ampullen communiciren. Die apoplectische Entzündung, Eiterung dieser Gebilde veranlasse nach Verf. den wankenden Gang, der bei gleichzeitigen Muskel- und Gesichtsinn-Störungen sehr schwer und protrahirt sein kann.

Die *Hyperästhesie der Haut* soll oft auch tüchtige Diagnostiker irre führen können. In einem Falle — Hirnerscheinungen, hochgradige Spannung der Bauchwand, mehrtägige Obstipation — wurde wegen heftiger Schmerzen bei der leisesten Berührung der Bauchdecke *Peritonitis* angenommen.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

237) **Julius Eröss** (Budapest): Poliomyelitis anterior subacuta.
(Orvosi Hetilap. 51. 52. 53. 1882.)

Verf. behandelte den 14 jährigen J. O., *Lehrling in einem Spezereigeschäfte* vom 19. Oktober 1880 bis 1. Januar 1881 an subacuter Poliomyelitis anterior. Symptome waren: Abnahme der Muskelkraft, wankender Gang, Abnahme der Druckkraft in den Händen; behinderte, gedehnte Sprache; gedrücktes Allgemeinbefinden, erschwertes Schlingen. Brust-Bauchorgane normal; keine Lues. Aus liegender Stellung kann er sich nicht aufrichten, complicirtere Handbewegungen sind nicht ausführbar. In Hüftgegend Schmerzen auch beim Sitzen. Allein vermag er nicht aufzustehen, knickt unter Körperlast zusammen. Tast- und elektrische Empfindlichkeit der Haut normal. Sehnenreflexe fehlen. Electromusculäre Reaction auf galvanische Ströme normal, auf faradische, besonders in den unteren Extremitäten, vermindert. Stuhlentleerungen erschwert.

Nach Anwendung des constanten Stromes auf den Rücken, von Chinin und Nux vomica ist am 16. December Pat. selbst vom Bette aufgestiegen. Muskelkraft steigerte sich zusehends. Faradische Contractilität ward normal. Die hergestellte Motilität nahm zu, so dass Muskelkraft und Ernährung sichtlich wuchsen.

Paralysis diphteritica und Bleiintoxication konnte Verf. laut genauer Anamnese und aus dem Decursus morbi ausschliessen. Sitz der Erkrankung war nur in das Rückenmark zu verlegen. Bezüglich der langsamen Entwicklung weicht bloss der Fall von der Paralysis infantilis ab, welche rasch einsetzt und deren Parese rasch oder in kurzer Zeit ihr Maximum erreicht. Doch beobachteten verlässliche Autoren als Charcot, Kennedy, Frey auch ein Auftreten der Kinderlähmung in subacuter Weise. *(Temporäre Fälle.)*

Verf. verlegt den Sitz der Krankheit in die vorderen grauen Hörner und aetiologisch befürwortet er auch die Richtigkeit der per exclusionem gestellten Diagnose. Pat. war nämlich Muskelanstrengungen und Erschütterungen oft ausgesetzt, und nach Vogt soll ja Poliomyelitis bei Kindern *zur Zeit der ersten Gehversuche* auftreten, wo das Rückenmark leicht Commotionen erleidet. Dieses Moment kann auch hier in Betracht gezogen werden. (Nur müssten dann die Fälle aus Ueberanstrengung und Ueberbürdung der Muskulatur bei den Lehrlingen der verschiedensten Gewerbsberufe viel öfter vorkommen, als es thatsächlich der Fall ist. Ref.)

Ladislaus Pollák Gross-Wardein, Ungarn).

---

238) Cerebral syphilis manifested by isolated involvement of the trigeminus nerve; persistent conjunctivitis and facial anaesthesia. (Isolirte specifische Trigeminus-Affection.) (The alienist and neurol 1. 1883.)

Die Affection begann bei dem 36 j. Pat., der 12 J. vorher einen Schanker mit Bubo, später mucöse Plaques und in der letzten Zeit nächtliche Kopf- und Schambeinschmerzen gehabt hatte, mit einer Abstumpfung des Geruchs. (Schwellung der Nasenschleimhaut.) Bald darauf stellte sich eine Entzündung des rechten Auges mit Schmerz und Lichtscheu ein. Die einige Wochen darauf vorgenommene Untersuchung ergibt rechtss. Conjunctivitis ohne Cornea-Betheiligung, sodann mehr oder weniger ausgepsrochene Anästhesie und Analgesie der rechten Gesichtshälfte und der betreffenden Schleimhäute. Das Gebiet des ersten Astes ist besonders dabei betheiligt. Der Geschmack ist nicht merklich herabgesetzt. Neuralgische Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte waren der Anästhesie voraufgegangen und stellen sich noch gelegentlich ein. Streift man mit dem Finger leicht über die Haut der rechten Wange hin, so entsteht sofort für einige Zeit ein rother Fleck. Links ist dies vasomot. Phänomen nicht einmal durch Reiben hervorzubringen. Die Kopfhaare werden im Laufe der Behandlung (Ung. ciner. und Jodkalium) rapid weiss, namentlich auf der afficirten Seite. Nach 9 Monaten ist „etwas" Besserung zu constatiren. Die Anästhesie ist geringer, ebenso die Hyperämie der Conjunctiva. Dafür weicht aber jetzt die Zunge nach rechts ab. Die cerebrale Affection schreitet also noch fort. Kron (Berlin).

---

239) **L. Langer** (Wien): Beitrag zur Kenntniss des Cheyne-Stokesschen Phaenomens. (Wiener Med. Presse Nro. 40, 41.)

In dem mitgetheilten Falle (die Section ergab u. A. Morb. Brightii — serös-fibrinöse Pericarditis — Anaemie und acutes Oedem des Gehirnes) war der Puls während des ausgeprägtesten und durch mehrere Tage unverändert andauernden Cheyne-Stokes'schen Athmens anfangs beinahe normal, später zeigte er mit den Athmungsphasen zusammentreffende periodische Störungen, welche sich im weiteren Verlaufe nicht mehr an die Athmungsperioden anschliessen, zum Schlusse wurde er vollständig arhythmisch. Der Fall scheint die Rosenbachsche Theorie über das Cheyne-St. Phaenomen zu stützen, dass die Affektionen der Respirations- und Circulationscentren mehr oder weniger unabhängig neben einander einhergehen, ihren gemeinschaftlichen Ursprung aber von einer Ernährungsstörung des Gehirnes nehmen, so dass die normale Erregbarkeit der Theile im Centralorgan mehr oder weniger herabgesetzt und die normale periodische Erregbarkeit bis zur völligen Lähmung sinkt. Müller (Graz).

---

240) **W. Weiss** (Prag): Ueber symmetrische Gangrän. (Wiener Klinik, 1882, Heft 10 und 11.)

Eine in jeder Hinsicht treffliche neue Bearbeitung jener seltenen und in ihrem Wesen noch so dunklen Krankheit, die zuerst Maurice Reynaud 1862 unter dem Namen „Locale Asphyxie und symmetrische

Gangrän der Extremitäten" dem ärztlichen Publicum zur Kenntniss brachte.

Weiss definirt die Krankheit folgendermassen:

Es ist unter „symmetrischer Gangrän" eine auf einer anatomisch bisher nicht erforschten Affektion des Centralnervensystems basirende Neurose zu verstehen, welche sich klinisch durch mannigfache vasomotorische, trophische, motorische und Sensibilitätsstörungen sowie durch Alteration der specifischen Sinnesnerven manifestirt und durch eine meist an symmetrischen Theilen der Hände und Füsse (Phalangen), seltener auch an anderen Körperregionen auftretende Gangrän ein eigenthümliches Gepräge erhält.

Verf. präcisirt hiemit die Krankheit als eine Neurose sui generis und trennt sie schärfer als Raynaud von anderen damit confundirten oder doch leicht zu verwechselnden Angioneurosen ab, indem er ganz besonders die locale Asphyxie nicht, wie Raynaud annimmt, als ersten Grad der Krankheit gelten lässt, sondern derselben vielmehr den Werth eines Symptomes einer selbstständigen Venenneurose vindicirt. (In dieser exclusiven Fassung wohl nicht acceptabel. Ref.) Nach einer streng kritischen Sichtung sämmtlicher in der Literatur hinterlegten Fälle, von denen nur 16 als hieher gehörig befunden werden, theilt Verf. seine interessante Beobachtung in extenso mit.

35 jährige, neuropatisch erheblich belastete Frau, von Kindesbeinen auf mit mannigfachen nervösen Affektionen behaftet, ohne menstruale Störungen, Entbindungen und Puerperien stets normal, äussere Lebensverhältnisse sehr günstig, niemals Zeichen einer secale cornutum Intoxication. 1871 in Reconvalescenz nach einem „leichten Typhus" Beginn der Krankheit mit neuralgiformen Schmerzen in beiden oberen Extremitäten, nach welchen Attaquen, aber erst nach schon längerer Dauer des Leidens, die Phalangealgelenke, seltener die Metacarpophalangealgelenke deutlich anschwollen. Gleichzeitig paroxystisches, auf directe wie indirekte Reizung sensibler Nerven sowie geringfügige psychische Emotionen Todtwerden eines oder mehrerer Finger einer oder beider Hände.

Von Zeit zu Zeit an den Fingerkuppen weissrunde, stecknadelkopf- bis linsengrosse oder auch streifförmige oberflächliche primäre Verschorfungen, denen niemals entzündliche Erscheinungen, Blasen- oder Geschwürsbildung vorausgingen, sondern die stets mit einer braunen Verfärbung begannen. Die Epidermis wurde pergamentartig; nach 2—3 Tagen war die Stelle in einen schwarzen trockenen Schorf verwandelt, nach dessen Abstossung eine einfache dunkle Pigmentirung oder ein mehr oder weniger tiefes Geschwür zurückblieb, das in 8—14 Tagen heilte.

Vor 5 Jahren Kreuzergrosser Schorf an der linken Nasenseite, Heilung des folgenden Geschwüres, erst nach mehreren Monaten. Juli 1880 Erguss in's linke Kniegelenk und Schwellung des ganzen Beines ganz mit den Charakteren der bekannten benignen Arthropathien bei Tabes dor. Später die gleiche Affection im rechten Ellbogengelenk. Januar 1881 Verlust der Nagelphalanx des linken kleinen Fingers

durch Gangrän, nachdem heftige Schmerzen in der ganzen Extremität voraufgegangen. Juli 1881 Gangrän der unteren Hälfte der Nagelphalanx des rechten Mittelfingers und die ganze Nagelphalanx des linken Zeigefingers.

Dabei traten an den Händen gleichzeitig in die Erscheinung: 1) Sensibilitätsstörungen in Form von Paresen des Temperatursinns, des Gemeingefühles. Verlangsamte Schmerzleitung — Remack'sches Symptom. 2) Ernährungsstörungen der Haut, 3) Synovitis des Metacarpoph. Gelenkes des linken Mittelfingers mit gleichzeitiger Tenditis der Beugesehnen dieses Fingers und in Folge dieser Flexions-Contractur. 4) Muskelatrophie.

An den anderen Körpertheilen: 1) Lähmung des linken Halssympathicus — sowohl vasomotorische wie oculopupilläre Symptome. 2) Synovitis des rechten Schulter- und Carpalgelenkes. 3) Schorfbildungen an Nates und am Kreuze. 4) Desgleichen an der linken Wange. 5) Rapide Atrophie der linken Wange. (Hemiatrophia facialis.) 6) Transitorische atactische Aphasie. 7) Regionäre Röthung oder Cyanose an beiden Füssen.

Herz sowie die grossen Gefässe vollständig normal, ebenso die Lungen. Allgemeinbefinden zufriedenstellend. Harn ohne pathol. Veränderungen. Puls normal. An den der Palpation zugänglichen peripheren Nerven, Nervenstämmen und Plexus lässt sich weder eine Druckempfindlichkeit noch etwa eine Verdickung oder Anschwellung nachweisen. Verf. unterzieht sämmtliche Symptome einer sehr genauen Analyse, bespricht ihre Pathogenese und kommt zu dem Schlusse, dass, da eine periphere multiple Neuritis nicht annehmbar sei, es sich nur um eine centrale Affection handeln könne, und zwar um Ernährungsstörungen, die durch vorübergehende vasomotorische Einflüsse bedingt seien. Das vasomotorische Centrum werde entweder auf reflectorischem Wege oder durch psychische Emotionen oder automatisch durch uns unbekannte Einflüsse sehr leicht in einen Zustand von Hypertonie versetzt. Die hiedurch gesetzte excessive Erregung der Vasomotoren finde ihrerseits durch mehr oder weniger ausgebreiteten Gefässkrampf ihren Ausdruck. Bei Krampf in den arteriellen Hautgefässen zeigen die Theile ein kadaveröses Aussehen; bei Venenkrampf resultirt regionäre Cyanose und bei Krampf der Vasodilatatoren regionäre Röthung.

Die transitorische Aphasie, die einseitigen oculo - pupillären Symptome sowie die musculären und Gelenksstörungen erklärt Verf. durch die Supposition spastischer Ischaemie der betreffenden Nervencentren.

(Zur Erklärung der schweren trophischen Störungen dünkt dem Ref. ausser der Annahme vasomotorischer Einflüsse dann doch noch die Supposition eines X nothwendig zu sein, nämlich eine Alteration der den trophischen Vorgängen vorstehenden Centralapparate.) Aetiologisch zeigt sich, dass das jugendliche Alter bis zum 30. J. und zwar das weibliche Geschlecht (11 W. unter 17 Fällen) das grösste Contingent liefert. Neuropathische Belastung, allgemeine Schwäche

sowie weiters Erkältungen und acute fieberhafte Krankheiten scheinen entschieden disponirende Momente zu sein.

Die Prognose quoad vitam günstig, quoad restitutionem absolut ungünstig. Die Therapie — topische wie centrale — zeigte sich bislang vollständig unwirksam.

Der Arbeit sind 6 instructive Abbildungen beigegeben.

Müller (Graz).

---

241) **Hastreiter** (Strassburg): Ein Fall von symmetrischer Asphyxie der unteren Extremitäten. (Wiener Med. Presse. 1882. Nro. 31, 33, 34, 35.)

Soldat, 21 J. alt, stets gesund, sehr kräftig entwickelt und gut genährt, im Herbste 1881 *Typhus,* von dem er sich vollkommen erholte. 16. Dezember 1881 Blasenkatarrh. 8. Februar 82 ohne bekannte Ursache Frostgefühl über den ganzen Körper; von da ab Eingeschlafensein der Füsse, so dass er wohl gehen konnte aber nicht fühlte, auf was er trat. Die Haut an beiden Füssen schwach livid mit Ausnahme einiger blässerer bis farbloser Stellen. Pulsation der Art. tib. fühlbar. Sensibilität bis 4 Ctm. über die Knöchel vollständig aufgehoben, die Temperatur herabgesetzt. Subjectiv besteht Kribbeln. Motilität vollkommen intact. Von Seite des Circulations- und Respirationsapparates keine Störungen. Fieberlos.

1879 Erfrierung beider Hände und Füsse mit nachfolgendem Ameisenkriechen.

Unter Massage und spirit. Einreibungen Restitution der Sensibilität schon nach 2 Tagen. Auch die Färbung der Haut wurde wieder normal und fühlten sich die Füsse warm an. Dann aber wurden die dritten Zehen beider Füsse ischaemisch, cadaverös, die anderen cyanotisch, die Sensibilität schwand abermals und zwar bis 12 Ctm. oberhalb der Knöchel. Es traten heftige Schmerzen von der Lendengegend gegen die rechte Bauchseite ausstrahlend, Oppression und Herzpalpitation auf. Die electro-musculäre Erregbarkeit herabgesetzt. Sehr schwankender Verlauf. Die Behandlung bestand ausser der Massage auch noch in der letzten Zeit in Galvanisation. (Anode Lendenmark, Kathode auf Ober- und Unterschenkel (wo? Ref.). Besserung.

Müller (Graz).

---

242) **C. Lange** (Kopenhagen): Neuropatologisk Kasuistik og Kritik. 6. Vasomotoriske og trofiske Neuroser. (Hospitals-Tidende 1882. Nro. 42—43 u. 46—49.)

I. Bei einem 13 jährigen gracilen aber sonst gesunden Mädchen treten seit ca. 1 Jahr *bei jeder geistigen Anstrengung*, bes. beim Lesen, Nackenkopfschmerzen, Schwindel, unklares Sehen auf, und bald darauf — mindestens innerhalb einer Stunde — entsteht unter Etwas Jucken *ein eigenthümliches Exanthem:* ein oder zwei unregelmässig geformte, glatte, ziemlich scharf begrenzte, wenig über das Niveau der Umgebung erhabene Flecke von lebhafter Rosafarbe, auf welchen sich schnell kleine klare Bläschen erheben, die bald platzen und eine nässende Oberfläche zurücklassen, welche beim Eintrocknen sich mit

einem Schorf bedeckt. Nachdem derselbe abgefallen, bleibt noch für mehrere Tage eine Röthung der betreffenden Hautstelle zurück, die dann eine bräunliche Pigmentirung zurücklässt. Die erste derartige Efflorescenz, die zur Beobachtung kam, sass auf der Stirn; später waren verschiedene Stellen des Kopfes — Stirn, Wangen, Kinn, behaarter Theil —, dann auch Hals, Brust von solchen besetzt. Niemals traten mehr als zwei Flecke zur gleichen Zeit auf, und wenn zwei, traten sie *stets symmetrisch* auf je einer Körperseite auf. Dagegen fand bei anhaltender Einwirkung der genannten veranlassenden Ursachen ein successives Aufschiessen neuer Efflorescenzen statt, so dass die bezeichneten Körpertheile dann allmälig ganz mit Flecken übersäet wurden. Auch Gemüthsbewegungen konnten eine Efflorescenz hervorrufen. Im Verlauf der Beobachtung traten auf einmal zwei Flecke auf der Dorsalfläche der linken Hand auf und zwei Tage darauf ein Fleck auf der rechten Hand. Später wurde der Ausschlag auch einmal auf beiden Fussrücken beobachtet. Die Sensibilität der befallenen Hautstellen zeigte nichts Abnormes. Unter Gebrauch von Arsenik in Verbindung mit hydrotherapeutischer Behandlung sowie nach längerem Landaufenthalt, zeigte sich das Exanthem, trotzdem die geistige Thätigkeit allmälich wieder aufgenommen wurde, immer seltener, und dann häufig ohne Kopfschmerz und Schwindel; in der letzten Zeit der Beobachtung — dieselbe dauerte vom 16. Febr. 1881 bis 15. Juni 1882 — zeigte es sich nur noch auf den Händen.

L. meint, dass diese merkwürdige Beobachtung, das Auftreten eines herpetischen Exanthems in Folge psychischer Einwirkung, bei der Würdigung der sog. „Stigmatisation" in Betracht kommen könnte. Vielleicht handele es sich bei letzterer auch um einen vasomotorischen Hergang in Folge psychischer Aberration.

II. Bei einem 25 jährigen Fräulein, welches einige Zeit vorher an heftigen Schmerzen im unteren Theil der Wirbelsäule gelitten, erfolgte *nach körperlichen und geistigen Anstrengungen* sowie nach Gemüthsbewegungen unter starkem Jucken eine *Efflorescenz in Form einer Menge dichtgedrängter weisslicher Quaddeln;* kurz darauf wurde die Haut zwischen denselben intensiv roth, dann begannen die Quaddeln zu fallen und gleichzeitig ebenfalls dunkelroth zu werden, so dass die ganze Hautpartie eine fleckige dunkle Röthe zeigte. Dieselbe blasste dann rasch wieder ab, so dass der ganze Anfall nur $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde dauerte. Die Efflorescenz nahm zuweilen die gesammte Körperoberfläche, sonst aber eine begrenzte Gegend, am constantesten Hals, Unterkiefergegend und Brust ein. Während des Ausbruches des Exanthems empfindet Pat. ein Kältegefühl im Rücken, nach demselben grosse Mattigkeit.

Unter ähnlicher Behandlung wie in Fall I wurden die Anfälle schwächer und verloren sich schliesslich. Ueber die causale Beziehung zu psychischen — allerdings in diesem Falle auch zu körperlichen — Erregungen resp. Anstrengungen konnte auch hier kein Zweifel obwalten.

III. u. IV. betreffen Fälle von *neuralgischen Schmerzen* in einer

resp. beiden Oberextremitäten, die *mit vasomotorischen und trophischen Störungen in den Fingerspitzen:* Röthung, Geschwulst, subjectiv und objectiv erhöhte Temperatur, vermehrte Schweisssecretion, stärkeres Wachsthum der Nägel sowie leichte motorische Schwäche der betreffenden Finger vergesellschaftet waren. In dem ersten Fall, bei dem die Anfangs auf den linken Arm beschränkte Störung später auch auf den rechten übergriff, waren auch Nackenschmerzen sowie Sehstörungen — zeitweises Nebel- und Doppeltsehen — vorhanden. L. meint, dass zwischen diesen Fällen und unter der Bezeichnung „*Glossy skin*“ beschriebenen eine nahe Verwandtschaft bestehe, nur mit dem Unterschiede, dass in letzteren die Ernährungsstörungen mehr atrophischer Natur, in seinen eigenen dagegen hypertrophischer Natur seien.

V. Ein 23 j. Fräulein, das vordem bis auf dysmenorrhoische Beschwerden, denen sich in der letzten Zeit bereits Andeutungen des später bestehenden Uebels beigesellt, gesund gewesen, wird während einer Menstruation plötzlich von sehr heftigen *Schmerzen und Anschwellung des rechten Beins* befallen, die dann continuirlich blieben. Da die Schmerzen beim Auftreten und überhaupt bei herabhängendem Bein stärker wurden, so konnte Pat. sich nur mit Hülfe eines Stockes kümmerlich fortbewegen. Zugleich waren Fuss und unterer Abschnitt des Unterschenkels *eiskalt*, sowohl objectiv wie subjectiv, und nur etwas nach Mitternacht pflegte die Kälte einer brennenden Hitze Platz zu machen, welche bis zum Morgen dauerte und mit Verstärkung der Schmerzen verbunden war. Auch während der Menstruation war subjectiv eine brennende Empfindung vorhanden sowie auch stärkere Schmerzen, während objectiv der Fuss kalt erschien ausser während der nächtlichen Hitzeperiode. Zeitweise auch Parästhesien. Wenn die Schmerzen besonders heftig waren, zeigte sich ein *ähnlicher Zustand der rechten Hand,* die roth, leicht geschwollen und kalt erschien, während die nur mässig vorhandenen Schmerzen sich wesentlich auf das Handgelenk beschränkten. Die Schwellung des Fusses schien durch Verdickung der Hand bedingt zu sein, welche letztere dunkel roth gefärbt war. An allen Zehen zeigten sich die Nägel kürzer und dünner als links. Meist bedeutende Hyperästhesie, so dass die leichteste Berührung der Haut an der Fusssohle unerträglich war, dann wieder zu Zeiten ausgeprägte Anästhesie. Während der Behandlung, die in innerlichem Gebrauch von Arsenik und Watteeinpackung des Fusses bestand, erfolgte rasch Besserung.

VI. Eine 23 j. Frau mit ähnlichen Störungen wie in Fall V, nur dass hier die Affection beide Seiten des Körpers gleichzeitg, also alle vier Extremitäten, aber in höherem Grade die Hände betraf. Auch bildeten sich hier *kleine Geschwüre auf den Spitzen der Finger und Zehen,* die schnell vertrockneten und kleine Schorfe und dann narbige Einziehungen zurückliessen. Die Finger waren steif, konnten nur unvollständig flectirt werden. Sensibilitätsprüfungen ergaben normale Verhältnisse. Temperatur der Hand äusserst niedrig. Auch hier wurde Besserung erzielt, und bestand die Behandlung in Darreichen von Arsenik und Galvanisation am Halse.

VII. Ein Fall von *vasomotorischer Hyperämie* des linken Arms mit eigenthümlichem fleckigem Exanthem bei einer Frau im Klimacterium, auch nach Ablauf dieser Periode fortbestehend. Subjective und objective Temperatursteigerung, grössere Fülle der Weichtheile mit Ausnahme der Haut der Hand, die im Gegentheile auffallend zart erschien. Keine Abnormitäten der Sensibilität.

VIII. Die entgegengesetzte Störung wie in der vorigen Beobachtung, nämlich hochgradige *vasomotorische Ischaemie* der rechten Hand bei einem 40 j. Makler. Das in den geschlossenen Händen gehaltene Thermometer wies eine Differenz zwischen rechts und links von 8° C. nach, nämlich resp. 27° und 35°. Subjective Kälteempfindung und Parästhesien. Vorübergehende Besserungen nach Injectionen von Pilocarp. muriat. Während der Nacht verlor sich die Kälte, wenn die Hand unter der Decke lag, und machte einer brennenden Hitze Platz.

Die vier letzten Beobachtungen IX—XII betreffen Fälle von *Blutungen vasomotorischen Ursprungs.* Sowohl in diesen seinen eigenen Fällen — nur bei dem letzten, Beob. XII, ist dies bisher noch nicht erkennbar — wie in denen anderer Beobachter, von denen Vf. einige im Auszuge mittheilt, findet L. als characteristisches Merkmal die *Multiformität, den launischen Wechsel in den begleitenden nervösen Symptomen.* Als Beispiel sei hier noch ein Auszug aus der ersten hierhergehörigen Krankengeschichte gegeben.

IX. Bei einem 30 j. Fräulein treten seit 6 Jahren, nachdem die ersten Störungen plötzlich nach einem Schreck aufgetreten waren, in steter Abwechslung die verschiedensten nervösen Erscheinungen auf: Stummheit, Blindheit, Paraplegie, tetanische Convulsionen und später besonders kataleptische Anfälle, letztere 5 Min. bis 1/2 Stunde dauernd. Zwischendurch kamen auch vasomotorische Erscheinungen an der Haut, plötzliches Rothwerden der Hände, andererseits auch plötzliche Verengerungen der Gefässe, so dass Pat. „ganz eingefallen und mager" erschien, vor. Die Klagen betrafen hauptsächlich den schlechten Schlaf, Herzklopfen, Rückenschmerzen. Psyche vollständig normal. Seit 1/2 Jahre *Hämoptysis* ohne äussere Veranlassung und ohne Husten; während der Menstruationsperiode, die seitdem unregelmässig auch *Hämatemesis* sowie *blutige Diarrhoen.* Später traten auch *Blutabgänge aus den Genitalien* ausserhalb der Periode auf. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergab normale Verhältnisse.

L. will diese Form von nervösen Blutungen streng unterschieden wissen von den sog. „vikariirenden" Blutungen. Dehn (Hamburg).

---

243) **Samuel Róna** (Budapest): Vasomotorische Erscheinungen an der allgemeinen Decke im Verlaufe von Icterus. (Gyógyászat, 1882 Nro. 50.)

Verf. studirte an 14 Fällen die durch Einwirkung der Galle gesetzten Hautveränderungen, die Färbung und Functionsstörungen, namentlich das Juckgefühl, Kriebeln an der Haut bei Icterus. Er fand als Complicationen — ausser den mehlförmigen, feinen weissen Abschilferungen — einmal Urticaria, 1 mal Erythema exsudativum multiforme, und zweimal Eczema papulosum.

Einestheils soll nun die resorbirte Galle in der sensitiven Sphäre der Haut Abnormitäten herbeiführen, die Absonderung und Nutrition der Haut erschweren; andererseits hält Verf. die Urticaria für eine Reflex-Erscheinung und die übrigen Dermatonosen für exsudative Processe, die *durch Reizung der Gefässnerven entstehen*, welche die aufgehäuften Gallensäuren zu einer gesteigerten Thätigkeit anregen, manchmal auch erschlaffen. Verf. stützt seine Ansicht mit den neueren Arbeiten Lewin's und Schwimmer's.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

244) **Nicoladoni** (Innsbruck): Beiträge zur Nervenchirurgie. Wiener med. Presse Nro. 27, 28, 29, 30, 32. 1882.)

I. Resection des N. mandibularis nach Sonnenburg.

In 2 Fällen mit fast unmittelbar günstigem Erfolge. In dem einen noch vor Jahresfrist schwere Recidive.

II. Dehnung des Ulnaris.

Nach linksseitiger Gelenksresection Narbenbildungen am N. ulnaris, heftige Neuralgie, Entfernung der Narbe, Beschwichtigung der Schmerzen, hernach aber baldige Steigerung bis zur Unerträglichkeit. Nun Nervenlösung (wobei einige Faserbündel aus dem inneren und hinteren Umfange durchschnitten wurden), dann kräftige Dehnung. Bleibender vollständiger Erfolg.

III. Fractur des linken Humerus in seiner Mitte. Traumatische Lähmung des N. radialis. Dehnung desselben. Partieller Erfolg, insoferne sich zuerst allmälig die Sensibilität am Dorsum des Zeigefingers und des Daumens wieder herstellte. Am Rücken der entsprechenden Interossealspatia hingegen blieb sie erloschen. Die Motilität kehrte nur im Extensor carp. rad. long. und brevis wieder.

IV. Tic rotataire. Dehnung des linksseitigen N. accessorius vor seinem Eintritte in den sternocleidomastoideus. Verschlimmerung der Krämpfe im sternocleido. mast. und Auftreten neuer intensiver Krämpfe in den Bauch- und Rückenmuskeln.

V. Dehnung und Excision der 4 untersten rechtsseitigen Intercostalnerven wegen jahrelang bestandener Neuralgie.

Pat. starb am darauffolgenden Tag unter Kollapserscheinungen. Verf. glaubt, dass der rasche letale Ausgang nach der Operation mit dem Morphinismus, an dem der Kranke litt, und der in Folge dessen weit vorgeschrittenen Entkräftung zusammenhängt.

Bei der Obduction wurden Medulla spinalis sowie die Spinalganglien und die betreffenden Nerven normal gefunden.

(Wenn Verf. sagt, indem er Nocht folgt, diese Operation sei nur 2 mal und zwar von v. Nussbaum und von Kleef je einmal gemacht worden, so bedarf diese Angabe einer Correctur. v. Rzehaczek hat 2 mal die gleichzeitige Dehnung mehrerer Intercostalnerven ausgeführt. Siehe Allgem. Wiener Med. Zeitung 1881 Nro. 43, 44. und dies. Centr.-Bl. 1882. Nro. 1. — Ref.)

Müller (Graz).

---

245) **Th. Stein** (Frankfurt): Ueber electrische Massage und electrische Gymnastik. (Wiener Med. Presse. Nro. 1. 1883.)

Beschreibung und Empfehlung eines vom Verf. konstruirten Taschenapparates, bestimmt zu den in der Ueberschrift angegebenen therapeutischen Massnahmen. Das stromgebende hermetisch zu verschliessende Element sowie das Inductorium sind in den Handhaben der Electroden selbst enthalten. In einem Kabel laufen die nöthigen Leitungsschnüre.

(Vor Jahren schon vom Ref. gemachte und seither oftmals wiederholte Versuche mit den von den Franzosen in die Tascheninductorien eingeführten sog. hermetisch verschliessbaren Elementen, welche Säure oder schwefelsaures Quecksilberoxyd als Erregungsflüssigkeiten enthalten wie Trouvé's pile hermetique à renversement lehrten ihn, dass die *theoretisch* angegebenen Vortheile sich in der *Praxis* nicht oder nur in sehr precärer Weise zeigen. Die Stromerzeugung ist mit chemischen Vorgängen und Gasentwicklung verbunden, und da den Gasen kein Ausgang offen steht so machen sie sich einen solchen. Gewöhnlich lockern sich die Schrauben oder Einsätze oft schon nach kurzer Zeit oder es werden bei nicht scrupulöser Reinhaltung des Elementes die Schraubengewinde beschmutzt; in beiden Fällen sickert dann die Flüssigkeit aus dem „hermetischen“ Elemente. Nur durch jedesmalige Entleerung des Elementes nach dem Gebrauche, nachherige Ausspülung und gute Abtrocknung des Gewindes lassen sich die eben erwähnten Uebelstände vermeiden. Bei Einhaltung dieser Cautelen functioniren solche Elemente recht gut und lange und entsprechen vollkommen den Anforderungen die man überhaupt an solche Elemente stellen kann. Ref.) Müller (Graz).

---

246) **R. Burkart** (Bonn): Zur Pathologie der chron. Morphiumvergiftung. (Deut. med. Wochenschr. Nro. 3. 1883.)

Verf. giebt eine Statistik der in Marienberg nach der Methode der allmäligen Entziehung behandelten Fälle. Die Kur wurde in der Zeit vom 15. März 1872 bis 1. Januar 1883 an 101 Pat. 144 mal versucht und hatte 100 mal momentane Heilung zur Folge. Die übrigen 44 Entziehungsversuche misslangen in 21 Fällen in Folge von heimlichem Morphiumgenuss oder plötzlicher Abreise des Pat., in weiteren 23 Fällen wegen heftiger Exacerbation des Grundleidens (Neuralgie, Asthma u. s. w.) oder (2 mal) wegen allgemeiner, bedenklicher Schwäche, 1 mal auch wegen heftiger Erregung mit Delirien, die Verf. aber einer zu schnellen Entziehung zuschreibt.

Von den im Ganzen beobachteten 115 Pat. (bei 14 wurde kein Entziehungsversuch gemacht) hatten sämmtliche mit Ausnahme von 2 (Aerzte, die bei voller Gesundheit, „um die Wirkung des Giftes an sich kennen zu lernen,“ mit Injectionen begonnen hatten) das Alkaloïd zuerst gegen eine Erkrankung als Arzneimittel gebraucht.

Die Fälle vertheilen sich auf 85 männliche und 30 weibliche Individuen. 45 Aerzte, 6 Arztfrauen, 2 Apotheker; 9 Militairpersonen,

6 Beamte, 20 Kaufleute, 3 Studenten, 24 verh. und unverh. weibliche Personen ohne besondere Berufsbeschäftigung. In 10 Fällen wurde neben dem Morphium dauernd Chloral (2,0—5,0 pr. Abend) in 2 anderen Opium (60—100 Tropfen Tinct. simpl.) in einem endlich Chloral mit Bromkal. dieses zu 4,0—6,0 pro die genommen.

Die gewohnte Morphiumdosis pro die schwankte in den verschiedenen Fällen zwischen 0,02 und 3,0.

Die Entziehungskur verläuft im Allgemeinen um so leichter, je geringer die tägliche Menge des Alcaloides und je kürzer die Zeit des Missbrauchs gewesen ist, doch findet man zuweilen Personen, die an nur geringe Quantitäten Morphium wegen irgend einer Krankheit gewöhnt sind, die aber mit höchst unangenehmen Erscheinungen auf den Entziehungsversuch reagiren. Es handelt sich dann gewöhnlich nicht um Inanitions-Symptome, sondern um allerlei quälende Neurosen, die mitunter erst 1—2 Wochen nach anscheinend glücklich beendeter Kur auftreten.

In 3 der beobachteten 115 Fälle fand sich hochgradige Albuminurie, in weiteren 5 intercurrent minimaler Eiweissgehalt. Verf. glaubt sich nach seinen Erfahrungen, zu der Annahme berechtigt, dass sich beim habituellen Morphiumgebrauche wohl eine Disposition zu Nierenaffectionen ausbilde, dass es aber noch einer anderweitigen Schädlichkeit bedürfe, um tiefer greifende Störungen der Nierenfunction zu bedingen. Bei den meisten Morphinisten findet man den Urin dauernd frei von Eiweiss. Kron (Berlin).

---

247) **C. H. Hughes** (St. Louis): Experience of an Opium eater during the withdrawal of the drug. (The Alienist & Neurologist. 1. 1883.)

Der betreffende Pat. der es auf durchschnittlich 1,0 Morphium täglich gebracht, hat die gewiss seltene Energie gehabt, eine allmälige Entziehungscur fern von seinem Arzte durchzuführen. Die Behandlung bestand in sofortiger Entziehung von 4 Gran, darauf von $^{2}/_{15}$ Gran täglich unter Beihülfe von Cannabis indica (am ersten Tage 2 Tropfen, dann täglich 2 Tropfen mehr bis 60 Tropfen), Campher, Chinin, Chloral und Bromiden. Die Mittheilung besteht zum grössten Theil aus den Briefen des Pat. an seinen Arzt, in denen er seinen Zustand in dieser Zeit schildert. Kron (Berlin).

---

248) **Crothers** (Hartford Conn.): Neuratrophia, the cause of inebriety, a clinical study. (Neurasthenie als Ursache der Trunksucht.) (The alienist & neurol. 1. 1883.)

Neurasthenie prädisponirt zur Trunksucht, die sich auf diesem Boden auf den leichtesten Anlass hin entwickeln kann. Der Alcohol wird zuerst als wirksames Analepticum, dann gewohnheitsgemäss genossen, wofür Beispiele mitgetheilt werden. In einer Reihe derselben war die Neurasthenie die Folge von körperlicher, in einer anderen von geistiger Ueberanstrengung. Am leichtesten entsteht die Trunksucht in dieser Weise bei hereditär zu Psychosen oder gar zur Trunk-

sucht disponirten Individuen. Eine noch niemals (?) erwähnte Ursache der Neurasthenie ist das plötzliche Zurückziehen aus der gewohnten Beschäftigung. (Beard sagt bereits in seiner bekannten Monographie, den schlimmsten Grad von Neurasthenie habe er bei Leuten gesehen, die sich plötzlich vom Geschäft zurückgezogen hatten. Ref.)

Die Therapie und Prognose der Trunksucht muss auf die genannte Aetiologie Bezug nehmen. Jeder einzelne Fall ist genau zu individualisiren.

Kron (Berlin).

---

249) **Carl Lechner** (Budapest): Die in den Entwicklungs-Phasen unseres psychischen Lebens vorkommenden Mängel und deren Ursachen. (Separatabdruck aus der „ungarischen philosophischen Rundschau“ I. Jahrgang. 6. Heft. 46 Seiten.)

Verf. hat sich die Mängel des Geisteslebens in den verschiedenen Altern der Kinder zum Studium gemacht. Daraus resultirte, dass jene mit der Entwicklung zusammenhängen, und von der Unentwickeltheit des Gehirnes abhängen. Es sind nämlich jene Nerven-Querleitungen nicht in der genügenden Zahl fertig, welche zum Verkehre der Ideen-Association zwischen den einzelnen Gehirnzellen nothwendig sind. Die Associations-Wege sind noch nicht ausgebaut. Daher können die unterschiedlichen Reiz-Bilder sich nicht in genügender Anzahl aneinanderreihen, und zu den im Bewusstsein auftauchenden Vorstellungen können sich die zu ihrer Färbung und Ergänzung nothwendigen Bilder-Reihen nicht anschmiegen, zufügen.

So entstehen bei Kindern in den Evolutions-Phasen des Gehirnes die Varietäten der Wahn-Ideen als z. B. die des Beobachtetwerdens, der Verfolgung, der Grossthuerei; dann viele Zwangs-Ideen, zu welchen sich auch Zwangs-Handlungen gesellen, als z. B. der Nachahmungs-Trieb, die Sammel-Wuth, Versuchs- und Zerstörungs-Unternehmungen; endlich sogar Zwangs-Empfindungen; mobile Gemüthsbewegungen, Affect-Veränderungen und Illusionen, welche in der Pubertäts-Periode von einseitigen, unrichtigen verkehrten Urtheilen abgelöst werden.

Seine Ansichten stützt und illustrirt Verf. mit vielen Beispielen, die dem wirklichen Leben entlehnt sind und von sorgsamen Observationen Zeugniss ablegen.

(Eine Uebersetzung in zugänglichere Sprachen wäre wegen des Gegenstandes wünschenswerth. Ref.)

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

---

250) **Carl Lechner** (Budapest): Die Localisation der Demenz als Nutritions-Störung des Gehirnes. (Separatabdruck aus dem „Orvosi Hetilap“ 1882. 91 Seiten.)

Verf. behandelt in dieser Arbeit parallel mit der vorhergehenden die krankhaften Entwicklungs-Phasen der in ihrem Wesen noch immer dunklen Demenz, welche durch negative path.-anatomische und pathologische Experimente ebensowenig als durch vergleichende Anatomie und Psychologie aufgehellt werden kann.

Dieselben Wahn-Ideen, Zwangsvorstellungen, Zwangshandlungen, Zwangsempfindungen, Illusionen, variablen Gemüths-Stimmungen und Urtheils-Verkehrtheiten jedoch, welche das kindliche Gehirn in seinem Entwicklungsgange bevölkern, bilden auch die charakteristischen Merkmale des klinischen Bildes der Demenz. Nach seinen Beobachtungen kam Verf. zum Schlusse, dass das Wesen der Verrücktheit in der Unvollkommenheit des Associations-Mechanismus der Gehirn-Rinde besteht: eigentlich in einem Rückfalle der Bahnen des Associations-Systems auf jene Stufe, die einem kindlichen Alter entspricht.

Die mangelhafte Function des kindlichen Hirnes löse dieselben Symptome aus, wie die Demenz, welche in dem regressiven Ausfalle der Nerven-Querfaserungen des Associations-Systemes begründet sei. Die Gehirnfunctions-Störung verlaufe in der subcorticalen Substanz des Gehirnmantels. Durch einen gruppenweis erfolgenden Ausfall der Associations-Verkettungen aus dem Arbeitskreise des Hirns entstehen genetisch — und auch auf vasomotorischem Wege — die oben der Reihe nach aufgezählten Symptome der Demenz.

Verf. behauptet weiter, dass die Ermüdung, Erschöpfung, Lähmung, oder vollkommene Leitungs-Unfähigkeit jener Associations-Bahnen in der subcorticalen Medullar-Substanz gerade so bei Erwachsenen die Demenz mit sich führt, wie der Entwicklungsmangel derselben Wege bei den Kindern ihr auffallendes, jedem aufmerksamen Beobachter in die Augen springendes, eigenthümliches Wesen thatsächlich zur Folge hat.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

III. Verschiedene Mittheilungen.

I. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. Februar 1883. (Originalbericht.)

251) Herr **Westphal** stellt 2 Patienten vor — einen 21 jährigen und einen 20 jährigen Mann, die das Bild der sog. Thompsen'schen *Krankheit**) in exquisiter Weise darboten. Die hauptsächlichsten Erscheinungen sind nach den Demonstrationen W.'s: Während die *passive* Beweglichkeit der Körpermuskulatur unbeeinträchtigt genannt werden kann, sind *die activen Bewegungen unter gewissen Umständen durch eine tonische Contraction der Muskeln behindert.* Diese Umstände treten ein: nach längerer Unbeweglichkeit (Sitzen, Stehen), nach grösserer Muskelanstrengung, auch schon nach einer einmaligen kräftigen Bewegung, bei besonders complicirten Bewegungen (z. B. Spielen musikal. Instrumente), bei somatischen und psychischen Reizen, bisweilen genügt schon der plötzliche Gedanke an das *eintreten können* der Af-

---

*) Zuerst beschrieben von dem Kreisphysicus Thompsen zu Kappeln in Schleswig, der selbst an der Krankheit litt. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. VI, 3. 1876.)

fection, um dieselbe hervorzurufen. — Kalter Luftzug ist ein begünstigendes Moment. — Von der Störung kann die ganze willkührliche Körpermuskulatur mit Ausnahme der Sphincteren ergriffen sein. — Die beiden vorgestellten Patienten zeigten eine förmlich athletische Entwickelung der Muskulatur d. i. *Hypertrophie* ohne Vermehrung der rohen Kraft. Wurden sie z. B. veranlasst den Unterarm rasch kräftig zu flectiren, so contrahirte sich der Biceps überaus mächtig und die Patienten konnten nur sehr langsam und mit sichtlich grosser Innervationsanstrengung den Arm in die Strecklage zurückbringen. Aehnliche Erscheinungen waren an den unt. Extr. zu beobachten, ferner beim Zukneifen der Augen nur langsames Oeffnen etc. — Die *mechanische* und *faradische Erregbarkeit* der Muskeln erschien erhöht: Bei Klopfen und Ansetzen der Electrode wurden kräftige Contractionen ausgelöst. Sehnenphänomene nicht erhöht, auch keine parodoxe Contraction. Sensibilität intact. — Die mikroscopische Untersuchung von ausgeschnittenen Muskelstückchen ergab nichts pathologisches. Herr W. erwähnte zum Schluss die Wichtigkeit des *hereditären Momentes* bei der Erkrankung. Ueber das *Wesen* derselben habe man bis jetzt keinen Aufschluss, er sei geneigt eine *eigenthümliche angeborene Anomalie des Muskeltonus* anzunehmen. — Die Therapie vermöge nichts dagegen. — Ein practisches Interesse habe das Leiden besonders bei Rekrutenaushebungen, da es schwer von Simulation zu unterscheiden sei. —

An der *Diskussion* betheiligt sich nur Herr Jacusiel, der das Entstehen der Krankheit auf embryonale Vorgänge (Entwicklungsdifferenzen zwischen Nervenplatte und Muskelplatte) zurückführen will.

(Sitzung vom 14. Februar 1883.)

252) Vortrag des Herrn **Mendel:** *Ueber Hirnbefunde bei der progresiven Paralyse der Irren.*

Nachdem Vortragender die früheren Ansichten von dem Wesen der Paralyse und die verschiedenen Auffassungen des Hirnprocesses erörtert hat, (Arachnitis chronica, Periencephalitis chron. diffus., Parenchymatöse Entzündung, Interstitielle Encephalitis, Erweichung etc.) referirt er kurz die in seiner Monographie über Paralyse ausgesprochene Ansicht, der gemäss die anatomische Grundlage der Erkrankung als *Encephalitis interstitialis corticalis diffusa* angesprochen wird. Vortr. behauptet, dass es „wohl kaum“ einen Fall von Dementia paralytica gebe, bei dessen Section nicht mehr oder weniger characteristische Gehirnveränderungen zu constatiren seien. Er wenigstens habe bei 70 Sectionen keinen negativen Befund zu verzeichnen gehabt. — Abgesehen von dem gewöhnlichen makroscopischen Befunde der sehr wechselnd ist: Pachymeningitis, Meningitis, Verwechsungen der Pia, Atrophie der Windungen, grobe Gefässveränderungen etc. hatte Vortragender mikroscopisch einen Process constatirt, der in den Phasen: *Arterielle Hyperämie, Wucherung der Neuroglia* (Spindelzellen) dann *Atrophie der Nervenzellen* — verlief. — Dem gegenüber theilte er nun einen Sectionsbefund nach 5 jähriger Paralyse mit, wo die *Grundsubstanz keine* auffallenden Veränderungen darbot, vielmehr der pathologische

Prozess sich hauptsächlich in den *Ganglienzellen* und den *Gefässen* vollzogen hatte. Sowohl die pericdullären Räume der Ganglienzellen wie die adventitiellen Lymphräume der Gefässe waren erweitert und mit einem flockig-gelben Serum gefüllt. Die Ganglienzellen selbst waren wohl in Folge des Druckes stark geschrumpft. Vortragender erblickte den Ausgangspunkt der Veränderung in der *Arteriitis obliterans* mehrerer Aeste der Art. fossa Sylvii beiderseits. Die Reihenfolge würde dann gewesen sein: V*erengerung der Gefässe, arterielle Anämie, Stauung im Venensystem, Transudation* in die *Lymphräume, Druck auf die Ganglienzellen, Atrophie.*

Eine Discussion fand über den Vortrag nicht statt. —

Langreuter (Dalldorf).

II. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 10. März 1883. (Originalbericht.)

253) **Carl Laufenauer** (Budapest): *Traumatische cerebrale Hemiplegie in Begleitung von Trophoneurosen und corticaler Epilepsie.*

Der vorgestellte Kranke der in seinem 6. Jahre vom 2. Stock herabfiel, erlitt links einen Schädelbruch an der Stelle, wo das Scheitelbein in die Schuppennaht des Schläfenbeins sich einfügt. Daselbst ist eine ziemlich grosse Depression und ein schwacher Cerebralpuls wahrzunehmen. (Nach dem Vortr. soll hier wahrscheinlich eine Trepanation vollzogen worden sein.) Der 27 Jahre alte Patient ist seit damals auf der ganzen r. Seite paretisch. Alle Muskeln und Skelettknochen sind in ihrer Entwicklung bedeutend zurückgeblieben. Der r. Arm ist im Cubital-Gelenk flectirt, im Handgelenk pronirt; die I. Phalanx gestreckt, die II.—III. gebeugt: *Krallenstellung.* Druckkraft der Hand minimal. Beträchtliche Actionsverminderung der activen und passiven Beweglichkeit des Armes. Sämmtliche Armmuskeln in dauerndem Zustande forcirter Contraction. Muskelgefühl für Lage- und Bewegungsvorstellungen rudimentär, Kraftsinn schwach.

In Folge der Extensions-Contractur und Hemiparese des r. Beines ist der Gang hinkend, bei Drehbewegungen taumelnd. Fuss, Zehen in Flexions-Contractur. An der ganzen paretischen Körperhälfte Symptome der Rinden-Ataxie und Anästhesie; Sehnenreflexe gesteigert; beim freien Fixiren einer Extremität treten rasch fibrilläre Zuckungen auf. Electrocutane und electromusculäre Sensibilität sind herabgesetzt; galvan. und farad. Erregbarkeit der Muskeln normal. Gesicht, Geruch, Gehör beiderseits intact, *Geschmack und Empfindung auf der atrophischen Zungenhälfte gestört.* Zweige des r. Facialis paretisch; das Kauen rechts erschwert.

Temperatur der paret. Körperhälfte in der Achselhöhle um 0,2. Grade niedriger. Blase, Rectum functioniren gut.

Durch traum. Läsion ist demnach eine corticale atrophische Hemiplegie entstanden mit motorischen, sensitiven und trophoneurotischen Symptomen. *Nach 10 Jahren folgte auf das Trauma Epilepsie mit corticalen Typus.* Alle Herdsympotme sind durch Zerstörung der

senso-motorischen Zone allein bedingt. Die Ausfalls-Erscheinungen sind direct, da die indirecte Aphasie bald wieder verschwand. Die irritative spastische Hemi-Contractur, Steigerung der Sehnenreflexe weisen auf secundäre Degeneration der Pyramidenbahn hin. Nach dem Vortragenden verleihen diesem Falle die *trophoneurotischen Störungen* eine ganz besondere Bedeutung, weil dadurch die senso-motorische Zone gleichzeitig als *cerebrales tropho-neurotisches Centrum* auftritt. Patient ist etwas schwachsinnig und transitorisch — in Folge der cort. epilept. Anfälle — maniakalisch aufgeregt.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

Sitzung vom 17. März 1883. (Originalbericht.)

254) **Anton Velics** (Budapest): *Ein Fall von Hirntumor.*

Der 27 jährige Pat. Bäckergehilfe, erkrankte vor 2 Jahren. Zittern in der r. oberen Extremität während der Arbeit, dann Parese, und später eine intensive Lähmung dieser Extremität entstanden progressiv. Die Monoplegie bestand $1^1/_2$ Jahre unverändert fort, dann entwickelten sich dieselben Symptome in der r. unteren Extremität. Die Tastempfindung der ganzen r. Körperhälfte erlitt eine rasche Abnahme. Zwischen Ober- und Vorderarm bestand bei der Aufnahme eine leichte Beuge-Contractur; Fuss wird beim Gehen stark nachgeschleppt. Facialis-Parese an der r. Gesichtshälfte in den Bell'schen Aesten; keine Entartungsreaction in den paretischen Muskeln. Sprache stotternd, gezogen, Anästhesie mittleren Grades. Seit 2 Wochen Schlingbeschwerden.

Muskel-Temperatur und Gewichts-Sinn stark abgenommen. Ebenso die faradocutane Sensibilität, Haut- und Cremaster-Reflexe aufgehoben; Sehnen-Reflexe, Fussphänomen erhöht.

Gehör, Geruch, Geschmack intact. R. Pupille weiter als die linke. Sehschärfe am rechten Auge $^6/_{12}$, am l. Auge $^6/_{18}$. Rechts abgelaufene, links noch bestehende Peripapillitis. Papillen an beiden Augen blass. Die Sehfeld-Bilder an beiden Augen stark eingeengt. Die rechten unteren Quadranten der beiden Retinae functioniren nicht: dort ist das Sehvermögen vollständig aufgehoben.

Im Urin kein Zucker, kein Albumen, Herz normal. Keine Geräusche, Drüsen-Infiltration fehlt, obwohl vor 6 Jahren 2 mal Geschwüre am Penis behandelt wurden.

Neben der Hemiplegia dextra Hemianästhesie an der ganzen motorisch gelähmten Körperhälfte. Die Conjunctiva des r. Auges ganz unempfindlich; die Anästhesie auch im Bereich des I. und II. Astes des Trigeminus bedeutend.

Vortragender localisirt das Leiden als *Tumor* in die l. Gehirn-Hemisphäre und zwar *in den Pons und das hintere Drittel der Capsula interna*, wegen der gleichzeitigen motorisch-sensiblen Störung derselben Körperhälfte, und der Schlingbeschwerden.

Der Sitz der Affection in der Rinde konnte bei dem Fehlen von Allgemeinerscheinungen leicht ausgeschlossen werden. Sensorium war und ist immer frei, Kopfschmerzen, Convulsionen, corticale Epilepsie waren nie aufgetreten.

Vortragender fasst den homonymen, scharf begrenzten Ausfall der Sehfeld-Quadranten als partielle Hemianopsie auf, und meint auch dadurch einen Anhaltspunkt für die Annahme der Kapsel-Erkrankung zu gewinnen, wofür sonst auch die Contraction der oberen Extremität und Mangel des Muskelsinnes sprechen.

Da für Pons- und Capsula-interna-Erkrankung vielfache Beweise vorliegen, fühlt sich Velics berechtigt anzunehmen, dass er mit mehreren Tumoren zu thun habe, die beide genannten Herde occupiren.

Ob die Tumoren luetischer Natur, ob sie Ecchinococcen oder andere Gebilde sind, liess sich nicht eruiren. Positive Anhaltspunkte fehlten. Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

III. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 9. April 1883. (Originalbericht.)

255) Herr **Kortum** demonstrirte das *Gehirn* eines 15 jährigen, seit frühester Kindheit *idiotischen Mädchens.* Die Erscheinungen während des Lebens waren in psychischer Hinsicht eine auf der niedrigsten Entwickelungsstufe stehen gebliebene Intelligenz (fast völliger Sprachmangel u. s. f.) in körperlicher: Kleinwuchs und totale Lähmung der rechten Ober- und Unterextremität, verbunden mit Beugecontractur im Ellenbogen-, Hand-, und Kniegelenke und starkem pes equino-varus. Die Schmerzempfindung war in der gelähmten Seite erloschen. Die Section des an Dipftherie gestorbenen Mädchens ergab abnorme Kleinheit des Gehirnes (675 gr.), die namentlich die linke Hemisphäre betraf, Asymmetrie der Windungen und vor Allem eine totale Sklerosirung und Atrophie einer Anzahl von Windungen des linken Stirn- und Schläfenlappens, sowie in weniger ausgedehntem Masse des rechten, bedingt durch encephalitische Processe im frühesten Lebensalter.

) Herr **Mendel** sprach *über secundäre Paranoia.* Der Begriff der P. habe die mannigfaltigsten Wandlungen erfahren: Unter Heinroth deckte sie sich mit der heutigen „Verrücktheit“, nach Ellinger unterschied man die *genuine* — seltene — und die *secundäre* — häufige — Paranoia, die letztere entstehend aus der „Tollheit“ und der Melancholie. Die penuine P. verschwand unter Griesinger wieder aus der Psychiatrie, um nach den Arbeiten von Snell, Sander, Westphal in dem abgerundeten Krankheitsbilde der *primären Verrücktheit* wieder aufzuleben. Die Frage ist berechtigt: Giebt es überhaupt eine *secundäre Paranoia?* Westphal lässt den Begriff gelten für chronische Psychosen, die nach Hypochondrie entstehen, Snell erweitert dies auch auf die Melancholie und — seltener — die Manie. Koch u. A. lassen die sec. P. ganz fallen und betrachten die vorgehende Psychose als Stadium einer — also primären — Paranoia. Mendel erklärt sich für die Annahme einer sec. P. und schliesst seinem Vortrage 2 Krankheitsfälle von unzweifelhafter Melancholie an, die nach mehrmonatlichem Bestehen anscheinend geheilt wurden, jedoch nach kurzer

Zeit unter dem Bilde der Verrücktheit mit systematisirten persecutorischen und exotischen Wahnvorstellungen wieder zur Aufnahme kamen und ungeheilt blieben. Vortr. wünscht durch die Diskussion die oben gestellte Frage entschieden zu sehen. Der vorgerückten Zeit wegen wird diese vertagt.

Herr Bernhardt demonstrirte das Edelmann'sche Taschengalvanometer, dessen Vorzüge vor dem früher besprochenen Einheitsgalvanometer auf seiner Handlichkeit, Billigkeit (ca. 50 M.) und Transportfähigkeit beruhen. Matusch (Dalldorf).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt, 1200 M. freie Stat. 2) Klingenmünster, Director, 5000 M., freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung. Meldung an die Bayr. Regierung in Speyer. 3) Owinsk, (prov. Irren-Anstalt Posen) a) Director; Meldung an den Oberpräsidenten Herrn von Guenther in Posen. b) Assistenzarzt baldigst; 2000—2500 M. jährlich nebst freier Wäsche. Meldung an die Direction. 4) Blankenhain (Grossherz.-Sachsen) Assistenzarzt 1. Juli. 600—900 M. freie Station, Praxis in der Stadt. 5) Bonn (Prov.-I.-Anst.) Volontairarzt, 1. Juli 800 M. 6) Die Kreisphysicate: Coesfeld (Münster), Greifenhagen (Stettin), Lippstadt (Arnsberg), Naugard (Stettin), Paderborn (Minden), Schroda (Posen), Wetzlar (Koblenz), Soest (Arnsberg).

Besetzte Stellen. Sonnenstein, Anstaltsarzt Herr Dr. Rudolph Günther. Leubus, II. Arzt, Herr Dr. Guder aus Modritz (War, wie in der vorigen Nro. angegeben, sub 10. April vom Landesdirector der Rheinprovinz zum Ass.-Arzt in Merzig ernannt, hatte aber inzwischen die Stelle in Leubus angenommen); Volontairarzt Herr Dr. D'luhosch (Herr Dr. Kramer, bisher Volontairarzt trat am 1. Mai aus). Owinsk II. Arzt Dr. Wendt; I. Assistenzarzt Herr Dr. Koschel aus Königshütte.

Ernannt. Dr. Noetzel in Kolberg zum Physicus daselbst. Dr. Borges in Boppard zum Physicus des Kreises St. Goar. San.-Rath Dr. Reiche, Kreisphysicus in Torgau zum Medicinalreferenten bei der Landdrostei in Aurich.

Ehrenbezeugung. Dr. Max Buch in Helsingfors wurde zum corresp. Mitgliede der „Gelehrten esthnischen Gesellschaft an der Dorpater Universität“ sowie der „Sociétá Italiana di Antropologia, Etnologia e Psicologia zu Florenz“ erwählt.

Todesfälle. Sanitätsrath Dr. Heuser, Director der prov. Irrenanstalt zu Eichberg (Rheingau). Georg M. Beard in New-York.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. — 1. Juni 1883. — Nro. 11.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Dr. Langreuter und Dr. Matusch: Die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte am 16. und 17. Mai 1883 zu Berlin.

II. REFERATE. 257) M. Loewi: Ueber den Einfluss der gallensauren Salze auf die Herzthätigkeit, sowie auf einige Functionen der peripheren und centralen Nervensubstanz. 258) O. Kahler: Ueber die Veränderungen, welche sich im Rückenmarke in Folge einer geringgradigen Compression; entwickeln. 259) Arthur Halla: Ein Fall von atrophischer Spinalparalyse der Erwachsenen. 260) D'Heilly et Chantemesse: Ueber einen Fall von Wortblindheit und Worttaubheit. 261) Urbantschitsch: Ueber den Einfluss der Erkrankungen des äusseren und mittleren Ohres auf die Sinnesempfindungen, insbesondere auf den Gesichtssinn. 262) Frank: Ein Fall von Encephalopathia cum amaurosi saturnina. 263) J. Schnitzler: Ueber doppelseitige Recurrenslähmung 264) Weiss: Ueber Venenspasmus. 265) P. Sepilli: Die Sehnenreflexe. 266) A. Schenkl: Ueber Association der Worte mit Farben. 267) von Hasner: Periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. 268) O. Kahler: Zur Lehre von der neuroparalytischen Keratitis. 269) Bourneville et Bricon: Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Anwendung des Magneten bei der Epilepsie. 270) Reinhard: Ueber die Anwendung permanenter Bäder bei brandigem Decubitus gelähmter Geisteskranker. 271) Kirchhoff: Nachweisuug der Simulation bei einem Strafgefangenen. 272) Wendt: Bericht über die Verwaltung der Westpreussischen Provincial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Schwetz im Etatsjahr vom 1. April 1881 bis 31. März 1882. 273) von Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. 274) Boardman Reed: Die Lücken in der Gesetzgebung über die Aufnahme in die Irrenanstalten mit Anführung einschlägiger Fälle.

III. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 275) Aus Basel. IV. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte am 16. und 17. Mai 1883 zu Berlin.

Originalbericht

von Dr. LANGREUTER und Dr. MATUSCH in Dalldorf bei Berlin.

I. Sitzung.

Nasse (Bonn), Vorsitzender, Schroeter (Dalldorf), Tuczeck (Marburg), Schriftführer.

Praesenzliste: Abarbanell, Alasch (Berlin), Arndt (Greifswald), Baer (Berlin), Bandorf (München), Bacman (Finnland), Bernhard (Schweizerhof), Bernhardt (Berlin), Beevor (London), Benno (Carlsfeld), Binswanger (Jena), Biezewski (Breslau), Bode

(Magdeburg), Edel (Charlottenburg), Emminghaus (Dorpat), Erlenmeyer (Bendorf), Filter (Charlottenburg), Fischer (Leipzig), Freusberg (Saargemünd), Gauster (Wien), Gnauk (Berlin), Gock (Eberswalde), Hahn (Alt-Scherbitz), Hansen (Schleswig), Hertz junior (Bonn), Hitzig (Nietleben), Ideler (Dalldorf), Jaeckel (Colditz), Jensen (Allenberg), Kern (Moeckern), Kessler (Blankenhain), Kind (Langenhagen), Köhler (Colditz), Krell (Bendorf), Laehr (Schweizerhof), Langreuter (Dalldorf), Lantrop (Eberswalde), Lazarus (Berlin), Lesser, Lewin (Berlin), Lorent (Bremen), v. Ludwiger (Plagwitz), Matusch (Dalldorf), Mandarp (Aschaffenburg), Mendel (Berlin), Meynert (Wien), Minor (Moskau), Moebius (Leipzig), Moeli (Berlin), Nasse (Bonn), Oebeke (Endenich), Otto (Dalldorf), Pick (Dobrczan), Paetz (Alt-Scherbitz), Prietsch (Dalldorf), Rabow (Berlin), Radt (Berlin), Reye (Hamburg), Richter (Dalldorf), Ripping (Düren), Roller (Kaiserswerth), Rubarth (Nieder-Marsberg), Sakaky (Japan), Sander (Dalldorf), Schmidt (Berlin), Schroedter (Charlottenburg), Schroeter (Dalldorf), Schwabach (Berlin), Schwartz (Köln), Schütz (Berlin), Siemens (Uckermünde), Sioli (Bunzlau), Smid (Berlin), Snell (Hildesheim), Steinthal (Berlin), Tigges (Sachsenberg), Tuczeck (Marburg), Ulrich (Eberswalde), Uthoff (Berlin), v. Villers (Dresden), Warendorf (Ilten), Westphal (Berlin), Wildermuth (Stetten), Zandahm (Berlin), Zedenbaum (St. Petersburg), Zinn (Eberswalde). (86 Anwesende.)

Tagesordnung (nach einleitenden und geschäftlichen Mittheilungen):

Nasse (Bonn) bemerkt betreffs der in der vorjährigen Versammlung beschlossenen Petition: über die *Aufnahme der Psychiatrie unter die Prüfungsgegenstände,* dass eine solche an das Reichsamt des Innern abgegangen und noch keine Antwort eingelaufen sei.

Betreffs der zweiten, dass den *Gefängnisspsychosen* psychiatrische Behandlung zu Theil werde und dass die *gemeingefährlichen geisteskranken Verbrecher* den Irrenanstalten ferngehalten würden, seien seitens der Behörden die Vorarbeiten in Angriff genommen.

Die vom Vorstande dem Vereine vorgeschlagenen *irrenärztlichen Grundsätze die staatliche Fürsorge für die Epileptischen* betreffend wurden von der Versammlung angenommen:

1. Jugendliche Epileptiker.

a) Schwach-, Blöd- und Irrsinnige gehören entweder in eigene Anstalten oder in Idiotenanstalten bez. in besondere Abtheilungen der Colonie (II, b 2).

b) Nicht Schwach-, Blöd- oder Irrsinnige sind möglichst von dem gewöhnlichen Schulunterrichte auszuschliessen und in besonderen Schulklassen zu unterrichten. Desgleichen wird die Errichtung eigener Unterrichtsanstalten für sie in Aussicht genommen, die unter Umständen mit den Idiotenanstalten oder Colonien verbunden werden können.

II. Erwachsene Epileptiker.

a) Geisteskranke. Die geisteskranken Epileptiker, und zwar sowohl die an transitorischer wie die an chronischer Geistesstörung mit Aufregung leidenden, sind den bestehenden Irrenanstalten zuzuweisen.

Die Einrichtung besonderer Abtheilungen für diese Kranken ist empfehlenswerth. Die chronischen Fälle können den Irren-Pflege- und Siechenanstalten, und sofern sie ohne besondere Zustände von Aufregung verlaufen, auch den Colonien übergeben werden.

b) Nicht eigentlich geisteskranke. 1. Vorübergehend hülfsbedürftige gehören in poliklinische oder Hospitalbehandlung. 2. Längere Zeit oder dauernd hülfsbedürftige, zur bürgerlichen Selbständigkeit Unfähige, gehören in grössere Bewahranstalten, die am besten in der Form von Colonien mit ländlichem Charakter für Beschäftigung mit Feldarbeit und Handwerken anzulegen sind. (Bielefeld.) — Die Verbindung derartiger Colonien mit einer Irrenpflegeanstalt ist unter Umständen (II) zweckmässig.

Betreffs der vor 2 Jahren in Frankfurt angeregten *Ueberbürdungsfrage* bemerkt Nasse, dass die Frage seitdem in weiten Kreisen erörtert sei. Der Statistik sei es nicht gelungen sie sicher zu beantworten.

Westphal bemerkt, dass die wissenschaftl. Deputation des preuss. Medicinalwesens augenblicklich vom Ministerium mit einem Gutachten betraut sei, es seien deshalb vor der Hand kaum weitere Schritte am Platze.

Der Vorstand macht denselben Vorschlag. Da sich auf die Frage des Vorsitzenden ob von den Mitgliedern der Versammlung Einzelbeobachtungen gemacht seien, Niemand zum Worte meldete, so unterblieb eine fernere Discussion.

Vorträge.

Westphal (Berlin): *Die Lähmung sämmtlicher Augenmuskeln bei Geisteskranken*, mit Krankenvorstellung.

„Einer der Wege der meiner Meinung nach zur Lösung der Probleme der Psychosen führt, besteht darin, dass wir die Beziehungen untersuchen, welche die Geisteskrankheiten zu den Krankheiten des Centralnervensystems haben; und zwar kann dies in doppelter Weise geschehen: Einmal durch die Untersuchung der Beziehungen der anatomischen Hirnkrankheiten zu den sog. Geisteskrankheiten, das andere Mal der Beziehungen der Psychosen zu den sog. Neurosen". Horn hat zuerst auf die Beziehungen der Spinalerkrankungen zu den Geisteskrankheiten hingewiesen, doch galt dies mehr für ein zufälliges Zusammentreffen. Neuerdings ist diese Beobachtung allgemeiner geworden, namentlich seit wir im Stande sind, durch das Fehlen des Patellarreflexes sehr früh die Spinalerkrankung zu studiren, ohne erst durch Jahrzehnte lange Beobachtung die Diagnose zu sichern. Seitdem ist mehr und mehr festgestellt, dass eine Beziehung zwischen Psychose und Spinalerkrankung besteht. Eine Zählung von Moeli ergab, dass unter 100 Paralytikern 20 als spinalkrank anzusehen sind.

— Heute beschäftigt uns ein neues Symptom, das in inniger Beziehung zu den Geisteskrankheiten steht: die *Lähmung der Augenmuskeln*. Es ist eine bekannte Sache, dass Lähmungen einzelner Muskeln nicht so selten im Beginn der Paralyse sind. Der Irrenarzt erfährt dies nur sehr spät oder gar nicht, wenn der Kranke in seine Beobachtung kommt. Häufiger und früher sieht man sie in der Privatpraxis. Jedenfalls kommt sie häufiger vor als man glaubt. Heute sehen wir ein besonderes Krankheitsbild das *sämmtliche Augenmuskeln* in *gleichmässiger* und *progressiver* Weise betrifft; das Blickfeld wird allmälig beschränkt in associirter Weise bis zu einem Stadium, wo der Bulbus völlig fixirt erscheint.

1. Fall: 44 jähriger Böttchergeselle, der mit gesenktem Kopfe, starrem Blick, leichter Ptosis, die Stirn in Querfalten gelegt, dasitzt. Pupillen von mittlerer Weite, absolut reactionslos gegen Licht. Auf Convergenz ist nicht zu prüfen, weil Convergenzbewegung aufgehoben. Der ophthalmoscopische Befund besteht in Abblassung der Papillen, besonders der rechten. S links = 1, rechts = $^2/_9$. Also wahrscheinlich beginnende Sehnervenatrophie. Facialisfunction nicht gestört. Zunge wird gerade herausgestreckt, ermüdet aber leicht. Die Sprache ist näselnd, mundfaul, nicht paralytisch. Das Schlucken geht gut von Statten. Bewegungsstörungen: Pat. hängt beim Gehen etwas nach links, die Bewegungen im rechten Fussgelenke behindert, das Kniephänomen fehlt auf dieser Seite vollständig, ist auf der anderen fast erloschen. Zuweilen Incontinenz des Urins. Sensibilität bei dem Grade von Demenz schwer zu prüfen, scheint allgemein herabgesetzt. Der Kranke hat also Spinalerkrankung und Lähmung cerebraler Nerven, ausserdem besteht eine Psychose, die zuerst mit hypochondrischen Vorstellungen begann, z. B. dass die Speisen nicht mehr herunter gingen, die Spucke sich von den Beinen herauf zöge etc. und zu der Gehörs- und Gesichtstäuschungen traten. Jetzt sind vorherrschend die Symptome der Demenz. — Pat. war bis 1876 stets gesund, 76 Krätze, vielleicht Syphilis; vor $1^1/_2$ J. fiel er aus dem Bett, konnte schlecht gehen, erholte sich aber bald völlig. Später wiederholte vorübergehende Anfälle von Bewusstlosigkeit und Lähmung.

2. Fall: Kranker, der mit wedelnden Armen ins Zimmer tritt, die Bulbi können nach oben noch etwas bewegt werden. Die Ptosis ist geringer als beim ersten. Der Kopf hängt nicht so herab. R. Pupille weiter als linke, beide vollkommen reactionslos auf Licht. S. = sehr gering, links etwas besser. Blässe und Verfärbung der temporalen Hälfte des Sehnerven beiderseits, doch links weniger. Hier ist über den Zusammenhang des ophthalmoscop. Bildes mit der Sehstörung kein Zweifel. Facialis unbetheiligt. Keine grobe Lähmung des Gaumensegels. Gang wegen alter Coxitis schwer zu prüfen. Kniephänomen beiderseits etwas erhöht. Pat. ist sehr dement, sagt, er sei ein Schüsterlein, habe 1000 Thlr. wöchentlich verdient. Die Psychose begann vor zwei Jahren mit schlechterem Sprechen, Gedächtnissschwäche und hypochondrischen Vorstellungen.

3. Fall: Ca. 60jähriger Mann, früher geisteskrank, jetzt in die Nervenabtheilung aufgenommen, liegt im Bett, hat ganz geringe Ptosis, Lähmung der Augenmuskeln, Pupillenstarre etc. Ausserdem besteht rechts Trigeminusneuralgie, die Schmerzanfälle treten alle paar Minuten auf. Der r. Mundwinkel ist wie bei allen alten Trigeminusneuralgien nach Aussen verzogen. Die Sprache ist (in noch höherem Grade als beim vorhergehenden) undeutlich, eintönig, näselnd, gequetscht,

Zunge gerade herausgestreckt. Pfeifen nicht möglich. Beim Aufrichten tritt Zittern des Kopfes ein. Grobe Kraft des Thorax und der unt. Extr. minimal, Pat. kann nicht mehr gehen. Eigentliche Ataxie besteht nicht. Ob. Extr. zieml. normal. Kniephänomen vielleicht etwas gesteigert. Urinentleerung etwas erschwert. — Pat. hat einige Suicidalversuche gemacht, die er jetzt leugnet. Während der Beobachtung bis auf leichte Abnahme der Intelligenz nicht psychisch verändert.

Die Literatur über diese Fälle ist sehr dürftig, 32 sind im Ganzen von Gräfe, Benedict, Förster, Hutchinson, Buzzard und Bresgen erwähnt.*) Von diesen waren 6 mit Psychose, 12 mit spinalen Symptomen, 14 mit Sprach- und Schluckstörungen, 10 mit Opticusaffectionen complicirt.

Der *anatomische Sitz* dieser Affection betrifft wahrscheinlich den *Kern* der *Augenmuskelnerven.* Das Präparat eines zur Section gekommenen Falles war bis jetzt zur Untersuchung noch nicht genug gehärtet. Von Hutschinson ist Syphilis als Ursache der Erscheinung angenommen, der anatomische Nachweis ist noch nicht geführt. Vortr. glaubt dass manche derartige interessante Fälle in den Pflegeanstalten verborgen seien.

Meynert erwähnt einen von ihm beobachteten ähnlichen Fall, wo sämmtliche Augenmuskeln mit Ausnahme der levatores palpebrarum gelähmt waren, den er geneigt ist, für eine Bulbärparalyse zu halten. Psychisch bot der Pat. das Bild einer circulären Störung. Gestützt auf die Annahme Vieler, dass die circulären Psychosen auf einer Circulationsstörung beruhen, sucht Meynert unter Zuhülfenahme der Osjanikoff'schen Gefässcentren, in diesem Verhältniss das Bindeglied zwischen Psychose und Augenmuskelaffection und zugleich die Erklärung des abnormen Verlaufs der Bulbärparalyse.

Tuczeck (Marburg). *Demonstration von Präparaten zur patholog. Anatomie der dementia paralytica.*

T. demonstrirt 2 Serien von Präparaten, 3—12 Stunden nach dem Tode von Paralytiker-Gehirnen entnommen. An der ersten Reihe weist er den *Schwund markhaltiger Nervenfasern in der Grosshirnrinde* nach, an der 2. den *Schwund von Tangentialfasern in der Markleiste,* während er unzweifelhaft *pathologisch veränderte Ganglienzellen nicht* gefunden hat. Die Darstellung geschah durch Einwirkung von Ammoniak auf Osmiumpräparate. T. hält diesen *Nervenfaserschwund* für *primär* in der Paralyse, derselbe war am bedeutendsten in den Stirnwindungen und der Insel. Die dadurch hervorgerufenen Leitungsunterbrechungen zwischen den selbst intacten Ganglienzellen involviren die für die Paralyse characteristische Störung der Associationsvorstellungen.

(Die auf den 2. Tag verschobene Discussion schliessen wir hier an.)

Mendel (Berlin): Es ist nicht nachgewiesen 1) dass diese Veränderungen für Paralyse characteristisch sind. Es ist zu beweisen,

---

*) Andere viel näher liegende Fälle, z. B. der von Möbius in Nro. 20 d. Bl. vom vorigen Jahre, ferner Fälle von Wernicke sind dem Vortr. entgangen. Red.

dass sie nicht bei einfacher Demenz ebenfalls bestehen. Für die Encephalitis corticalis interstitialis ist dieser Beweis geführt. 2) dass sie das primäre sind. Ich halte die Paralyse für *eine progressive interstitielle Entzündung mit nachfolgender Atrophie.* — Es ist mir nicht ersichtlich, dass Ganglienzellen, deren Verbindung unterbrochen ist, unverändert bleiben sollen. Schliesslich warne ich davor, gleich psychologische Deductionen an Thatsachen anzuschliessen. Begnügen wir uns mit diesen!

Tuczeck: Er habe *nicht* betont, dass diese Nervenfaserveränderungen für Paralyse *pathognostisch* seien. Die Encephalitis interstitialis ist nicht bei allen Paralytikern nachweisbar, wohl aber bei einfachem Blödsinn. Die Ganglienzellen sind bezüglich ihrer Natur, eventueller eigener Ernährung noch nicht aufgeklärt.

Westphal (gegen Mendel): Es ist *nicht* nachgewiesen, dass die *Encephalitis interstitial. cortical.* ein *allgemeiner* Befund bei Paralyse, und dass sie characteristisch für sie ist. Sie kommt auch bei anderen Krankheiten vor; ich halte eine Discussion darüber für unfruchtbar, wenn keine Präparate zur Hand sind.

Smid (Berlin): Die Darstellung der tangentialen Fasern hängt von der Zeit der Entnahme von der Leiche und der Einwirkung der Reagentien ab. Das Gehirn eines Paralytikers 2 St. nach dem Tode zeigte sie sehr deutlich, das einer Puerpera 10 St. nach dem Tode sehr schwach. Auch die Beschaffenheit der Pia ist von Einfluss. Die Vergleichung der einzelnen Rindenparthien hat grosse Schwierigkeiten. Bei der *Fragilität der Fasern* fehlt der *positive* Nachweis.

Mendel hält Westphal gegenüber seine Schlüsse aufrecht.

Westphal: Die Präparate von Mendel liefern mir den Beweis nicht. Die Untersucher haben immer die Veränderung im Gehirn gefunden, die der jedesmaligen Auffassung entsprachen. Ich erinnere an den zähflüssigen Inhalt der Ganglien, die Virchow'sche Kernwucherung: jetzt sucht man Spinnenzellen. Ich verlange *gleiche Stellen der Rinde* unter *gleicher Behandlung* und *Hunderte von Schnitten.*

Binswanger (Jena): Ich unterstütze Mendel. Bei allen untersuchten Paralytikern habe ich mich überzeugt, dass es bei *frischen* Fällen von Paralyse gelingt *circumscripte Herde* von *kleinzelliger Infiltration* nachzuweisen, und zwar nicht immer in den centralen oder Stirnwindungen, sondern in den basalen Flächen, gyrus rectus, Temporo-occipitallappen. Sie sitzen in der Umgebung kleinerer Gefässe. Der Vorgang erinnert an die Befunde bei Typhus und leukämischen Prozessen. Die *Spinnenzellenentwickelung* findet sich nur bei *älteren* Paralytikern. Die Infiltration habe ich bei keiner andern Gehirnerkrankung gefunden. Bei zu andern Zwecken angefertigten Präparaten Flechsigs sah ich dasselbe. Die Herde sind durch alle Arten Anilinfärbemethoden leicht darzustellen.

Mendel behauptet die Postulate Westphals längst erfüllt zu haben.

Tuczeck erwähnt, dass er ebensowohl wie Smid zu den verschiedensten Zeiten nach dem Tode untersucht habe.

H i t z i g (Halle) will aus den Präparaten F l e c h s i g's keine characteristischen Paralysenbefunde haben erkennen können.

S m i d hält gegen T u c z e c k daran fest, dass die allerleichtesten Veränderungen des Gehirns zur Zerstörung der tangentialen Fasern genügen.

A r n d t: Das Wesen der Paralyse würde von einigen in das Parenchym, von anderen in das interstitielle Gewebe gelegt. Seiner Auffassung nach handle es sich um *degenerative Prozesse atrophischer Art* in der *Nervensubstanz*, deren Ursache gleichgültig sei. Er stimme daher weder mit B i n s w a n g e r noch M e n d e l überein. Namentlich bei paralytischen Weibern fänden sich weder *makroscopisch noch microscopisch sichere Befunde.* Solche entgingen vorläufig noch der Untersuchung mit unsern Hülfsmitteln. In einem Falle sei das primäre *Verkalkung der Gefässe* gewesen in deren Bereiche *amyloide Degeneration der nervösen Elemente* bestand. Bei einigen andern Paralytikern sei der *Ausgangspunkt* in *Aneurysmen an der Basis* zu suchen gewesen.

M e y n e r t: Er bestreite die von T u c z e c k behauptete Unversehrtheit der Ganglienzellen. Ein Analogon fände sich bei der Poliomyelitis anterior. Hier zeigten die Ganglienzellen 2 Stadien, ein weicheres und ein ein härteres (dichteres) als früher. Das erstere characterisire sich durch *wandständig-werden* des *Kernes*, das zweite durch *Verkleinerung* und schliessliche *Zerbröckelung* der *Ganglienzellen.* Ein solches wandständig-werden des Kernes sähe man nun *auch* in den *Ganglien* des *Grosshirns.* Dass sie später sich ungleichmässig färbten, während sie sich früher gleichmässig färbten, spräche für ein Stadium der *Sklerosirung.* — Er sei ebenfalls der Meinung, dass es sich bei Paralyse um *Associationsstörung* handle. Es seien atactische und Lähmungs-Erscheinungen zu unterscheiden; die ersteren beruhten auf Associationsstörungen, die letzteren auf Untergang der Zellen in der grauen Substanz. Jedenfalls sei die weisse Substanz bei dem Schwunde auch betheiligt. Das *Gewicht* des paralytischen Gehirnes sei immer noch bedeutend *geringer,* als das eines Gehirnes bei dem die *gesammte Rinde* entfernt ist.

B i n s w a n g e r hebt hervor, dass die interstitielle Erkrankung nicht die einzige Veränderung sei und bemerkt, dass die Frage der Paralyse jetzt in das Stadium eingetreten sei, wie die der Nephritis.

B i n s w a n g e r (Jena): *Therapeutische Mittheilungen.*

Nach dem Vorgange der Engländer hat B. bei neurasthenischen Zuständen (hochgradige Nervosität) *systematische Massagecuren* combinirt mit *systematisch vermehrter Nahrungsdarreichung* angewendet. Von 10 Fällen habe er 8 mit günstigem Erfolge behandelt. Die Cur beginne mit leisem Kneten zuerst der unteren Extremitäten und stiege allmälig etwa im Verlaufe von 3 Wochen bis zu allgemeiner derber Massage täglich $1^1/_2$ Stunden lang (nach dem 1. Frühstück) wobei man selbst gelegentliche „blaue Flecke“ bei den Kranken nicht fürchten dürfte. Ausserdem würden die Kranken veranlasst alle 2 Stunden (Tags über) reichlich kräftige Nahrung zu sich zu nehmen. Mässige Spaziergänge

und viel Schlaf, der sich gewöhnlich von selber einstellte, vollendeten die Cur. Die Unruhe, die Angstanfälle, Schlaf- und Appetitslosigkeit seien in vielen Fällen auffallend gemindert worden. Angstzustände mit Selbstmorddrang gingen in 14 Tagen in Heilung über.

Allerdings sei es nothwendig, die einzelnen Fälle betreffs körperlicher Constitution etc. genau zu individualisiren. Vortragender glaubt, dass neben der Einwirkung der Massage, die eine Circulation und Stoffwechsel befördernde sei (Harnstoffmenge war in 2 Fällen nachweisbar vermehrt), der psychische Einfluss des Arztes dabei eine grosse Rolle spiele. Er könne nach seinen Eindrücken die Massage-Behandlung nur empfehlen, trotzdem er sich wohl bewusst sei, damit keine Panacee gefunden zu haben.

Jensen (Allenberg) hat in einem Falle von Katatonie durch Massage der Kopfhaut Besserung erzielt.

Binswanger kann nach seinen Erfahrungen der Anwendung bei Katatonie nicht beistimmen.

Mendel und Nasse warnen vor zu grossen Hoffnungen. Sie hätten in einer ganzen Anzahl von Fällen „traurige Producte der Massagecur“ gesehen. Es seien oft hohe Grade von Reizbarkeit entstanden, und hätten sich zuweilen einfache Nervositäten zu melancholischen Verstimmungen gesteigert.

Binswanger betont noch einmal, dass man sorgfältig individualisiren müsse. Auch sei ein nothwendiges Postulat *Anstaltsaufenthalt* und *beständige ärztliche Aufsicht.*

Schluss der Sitzung Nachm. 1 Uhr.

II. Sitzung vom 17. Mai, Morgens $9^1/_4$ *Uhr.*

Meynert: *Demonstration über den Linsenkern.*

Nach Wernicke können die Verbindungen der äuss. Kapsel mit der Hauptmasse des Linsenkerns nicht gesehen werden, da aber die äuss. Kapsel sich nicht abschälen lässt, müssen diese doch bestehen. Die Schwierigkeit, sie darzustellen, liegt darin, dass die betr. Nervenfasern auf Umwegen und schleifenförmig ziehen; so ist es ein reiner Glücksfall, sie zu treffen. Die Nervenfasern präsentiren sich auf dem Durchschnitt in dreierlei Farben: *hell* wenn sie *längs, dunkel* wenn sie *quer* und in einer *mittleren Nüance,* wenn sie *schräg getroffen* werden. Diese verschiedenen Färbungen sind nun auf diesem Durchschnitte anzutreffen und beweisen die Verbindung. — Was die Bedeutung des Linsenkerns betrifft, so hat er mehr mit den oberen als mit den unteren Extremitäten zu thun. Man findet nämlich bei Thieren die ihre obere Extr. nur zum Gehen gebrauchen, wie bei der Katze eine *geringe* Entwickelung des Linsenkerns gegenüber dem Schwanzkern. Bei Thieren die einen *ausgiebigen* Gebrauch von derselben machen (Fledermaus, Maulwurf), eine beträchtlich *grössere* Entwicklung. Beim Affen und Menschen überwiegt der Linsenkern bedeutend den Schwanzkern.

Die kürzlich behauptete Functionsstörung der oberen Extremität bei Verletzung der Inselwindungen erklärt sich dadurch, dass der unmittelbar darüber liegende Linsenkern mitbetheiligt sein muss. —

Mendel: *Beiträge zur Anatomie des Gehirns.* (Demonstration von Frontalschnitten mittelst des Sciopticons betreffend Verlauf und Function des Lemniscus.)

Das vordere Schleifenblatt nimmt von den oberen Vierhügeln Fasern auf und verläuft an der dorsalen Ponsfläche, von den unteren Vierhügeln entsteht hauptsächlich das hintere Schleifenblatt. Ein Theil der Fasern geht in die Olive über. Dies ist insofern von Wichtigkeit, als in einem kürzlich beschriebenen Falle von secundärer Degeneration in der Schleife, gleichzeitig Atrophie der Oliven stattfand. Ferner befindet sich eine noch nicht beschriebene Anhäufung von grauer Substanz im hinteren Schleifenblatt. Die Functionen der Schleife ist noch ein dunkles Gebiet; neben den grossen Theils motor. Fasern müssen auch sensible vorhanden sein, denn in dem oben erwähnten Falle war sowohl aufsteigende als absteigende Degeneration vorhanden.

Hitzig weist auf eine demnächst erscheinende Dissertation hin, in der ein Erweichungsherd im Hirnschenkel in der Gegend des Oculomotoriusaustritts und exquisite Degeneration der Olive beschrieben wird.

Roller: Die graue Substanz in der lateralen Schleife, „*lateraler Schleifenherd*“ wie ich sie nenne, ist bereits von mir beschrieben, ebenso die Verbindung der Schleife mit der Olive.

Mendel: Auf die grosse Literatur habe ich nicht eingehen wollen. Ich habe mich aus Roller's Arbeit nicht überzeugen können, dass sein „lateraler Schleifenherd“ mit der von mir demonstrirten grauen Substanz identisch ist.

Mendel: *Demonstration von trocken conservirten Gehirnen,* deren Vorzüge er dahin präcisirt, dass Gestalt, Grösse und Farbe erhalten bleibt. Nach Abzug der Pia werden die frischen Gehirne in eine gesättigte (10—15%) Lösung von Chlorzinn (Stannum chloralum) mit Zusatz von etwas Salzsäure gelegt; nach 3—4 Wochen, wenn sie hart geworden sind, 2—3 Mal gewässert und in Glycerin gethan, bis sie untersinken d. h. sich vollgesogen haben, alsdann getrocknet.

Minor (Moskau) empfiehlt die in Russland viel gebräuchliche Giacominische Methode, weil sie die Zellen und Fasern gesetzmässig verändert und sie für mikroscopische Untersuchung brauchbar erhält.

Richter (Dalldorf) giebt seiner bereits früher*) veröffentlichten Methode der Conservirung mit Holzessig den Vorzug der Erzielung grösserer Trockenheit. Derartig präparirte Gehirne, besonders zum Studium der Windungen geeignet, seien auf der Hygieneausstellung ausgestellt.

Arndt demonstrirt Schnitte durch Gehirn und Rückenmark eines *tabischen Paralytikers.* Ausser den der Tabes und der Paralyse zukommenden Befunden (Trübung etc. der Häute, graue Degeneration) war das *ganze* Centralnervensystem in ein zartes Fili-

*) Arch. f. Psych. und Nervenkr. Bd. XIII.

grangewebe umgewandelt. Fast nur das Gefässsystem mit wenig überbleibenden Fasern um dasselbe gestrickt, restirte. Vortr. ist geneigt, diesen lakunären Bau auf Oedem zurückzuführen, das durch die Härtungsmethode aufgesogen an seiner Stelle Höhlen zurückliess. —

Freusberg (Saargemünd) empfiehlt „unzerbrechliche Geschirre" zum Gebrauch für Geisteskranke, aus gepresster Oelpappe hergestellt; sehr billig, geruchlos und leicht zu reinigen, bezogen aus der Saargemünder Fabrik von Stephan Castor.

Moeli (Berlin). *Bericht über ophthalmoscopische Befunde bei Geisteskranken.* Die Ansichten über diese Befunde divergiren sehr, um so mehr die Deutungen derselben; erforderlich ist, dass die Untersuchungen von fachmänniger Seite controlirt werden, wie dies von Uthoff gethan ist, und dass sie von Zeit zu Zeit wiederholt werden. Wir fanden hauptsächlich eine Trübung der Retina, die den Augenhintergrund blasser erscheinen lässt. Ihr Grad ist schwer zu bestimmen; es kommen Befunde vor, die nicht normal erscheinen, ohne pathologisch zu sein. Zur Controle untersuchten wir stets im aufrechten Bilde.

Von 280 Geisteskranken waren 73 acute Fälle, 5 darunter hatten pathologische Befunde, stärkere Trübung der Retina, Hyperaemie. Von diesen bot einer das Bild exquisiter Neuritis; da der Kranke nach Trauma erkrankt war, ist der Fall für unsere Aufstellung nicht rein.

35 Fälle von Schwachsinn und seniler Demenz müssen ebenfalls ausgeschaltet werden, da Trübungen hier gewissermassen physiologisch sind.

Von 30 Epileptikern boten 4 Hyperaemie und verwischte Papillengrenzen, in einem derselben war ein Trauma vorhergegangen, er hatte Erbrechen und halbseitige Convulsionen.

Von 60 Alcoholisten zeigten 4 (15⁰/₀) Abblassung der Papille, Trübung der Retina etc.

Bei 100 paralytischen Männern fand sich 17 mal stärkere Trübung der Netzhaut, sie waren alle unter 60 Jahren, die Trübung konnte also nicht senil sein, die letztere erreicht auch nicht diesen Grad, wie hier, wo sie auffällig ist.

Veränderungen der Gefässe des Augenhintergrundes, wie Klein dies angiebt, haben wir bei Paralytikern *nicht* gefunden, wohl aber bei anderen Geisteskranken.

Von 20 weiteren Nichtparalytikern, waren 8 ohne, die übrigen mit vielfachen Veränderungen, Stauungspapille etc. 12 mal fanden wir Atrophie, in mehreren Fällen Blässe der Papillen, doch nicht in pathognostischem Grade, wir fanden sie auch öfter schwächer geworden bei wiederholter Untersuchung. — Von den 100 Paralytikern hatten 20 kein Kniephänomen, und zwar von den 68 ohne positiven Augenbefund 10 (ca. 15⁰/₀), von denen mit Trübung dagegen 50⁰/₀ kein Kniephänomen. Es ist das annähernd das gleiche Verhältniss wie bei Lichtreaction der Pupillen und Kniephänomen.

Eine Sonderstellung nimmt die Paralyse bezgl. der beschriebenen Affectionen ein, wenn wir auch die Verwendbarkeit derselben für die Diagnose nicht zugeben können.

Uthoff (Berlin) fügt einige Detailfragen hinzu. Die Trübung fände sich als normal 1) im Alter, 2) bei pigmentirter Choroidea, 3) bei Refractionsanomalien besonders Hypermetropie und Astigmatismus, sie bestehe bei *Gesunden* nur in 2%, bei *Paralytikern* in 20%. Die Abblassung der Papille bei Alcoholisten betraf stets die *temporale* Hälfte.

Wildermuth (Stetten) hat diese temporale Abblassung auch bei vielen Epileptikern gesehen.

Sakaki (Japan demonstrirt mikroscopische Schnitte vom Gehirn eines hallucinatorisch Verrückten. Es fanden sich in der Rinde mehr oder weniger zahlreiche gelbliche Massen, (kleine Knötchen oder Membranen), theils amorph, theils concentrisch geschichtet. Die Ganglienzellen waren vielfach verändert. Vortragender ist geneigt diese Producte auf Circulationsstörungen (Blutfarbstoff?) zurückzuführen. Ihre eventuelle Beziehung zu der Psychose lässt er unentschieden.

Sander (Dalldorf) stellt folgende Anträge: Der Verein wolle den Vorstand beauftragen eine Untersuchung darüber zu veranlassen:

1. Ob und unter welchen Umständen *Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund* betrachtet werden solle.

2. In wieweit Geisteskranke durch die Bestimmung mancher Kassen, bei *Geisteskrankheiten keine Unterstützungen* zu gewähren, Nachtheile in ihren Rechten erleiden.

Nach Begründung seitens des Antragstellers und unwesentlichen Modificationen werden beide Anträge angenommen.

Schluss der Sitzung 1 Uhr Nachmittags.

II. Referate.

257) **M. Loewi** (Prag): Ueber den Einfluss der gallensauren Salze auf die Herzthätigkeit, sowie auf einige Functionen der peripheren und centralen Nervensubstanzen. (Prag. Zeitschrift f. Heilkunde II. Bd. VI. Heft. 1882.

Der erste Abschnitt, welcher die Untersuchungen in Betreff des cholsauren Natrons auf Kreislauf und Herz enthält, führte den Verf. dahin, zu constatiren, dass die doppelte Einwirkung der Galle (Pulsverlangsamung und Blutdrucksenkung) auf das (nicht unter der Herrschaft der centralen Vaguswirkung befindliche) Säugethierherz nicht als gesonderte Effecte auf zwei im Herzen befindliche Apparate (Hemmungs- und Bewegungsapparate) aufzufassen sei, sondern dass wir es dabei bloss mit einer Einwirkung auf den Bewegungsapparat (Ganglienzellen und Muskeln) zu thun haben, die bei schwacher Einwirkung des Gefässes bloss mit Blutdrucksenkung und Pulsverlangsamung und bei sehr starker mit plötzlich erfolgendem Herztode reagirt. Was den zweiten Abschnitt der Arbeit, die Wirkung des cholsauren Natrons auf die Centralorgane, anbetrifft, so lehren zunächst die Versuche, dass durch die Galle eine Erregung des Vaguscentrums in der Medull. oblong. bewirkt wird, die sich bereits bei kleinen Dosen des Giftes in einer Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens äussert, wie denn

überhaupt Gehirn und Rückenmark ein viel empfindlicheres Reagens gegen die Galle, als das Herz, darstellt. Resistenter als das Vaguscentrum ist das vasomotorische Centrum, das mit Blutdrucksteigerung nach Injection von Galle gegen das Gehirn nach durchschnittenen Vagis reagirt. Der directe Beweis (die Versuche an Thieren mit durchschnittenem Rückenmark) für die Erregung des vasomotorischen Centrums fehlt bislang. Die Veränderungen der Respiration nach Injection von gallensaurem Natron sind doppelter Natur; wir bekommen ein Stadium der Erregung und ein darauf folgendes der Lähmung. Das erstere (Stillstand in Inspiration) kommt an Kaninchen mit erhaltenen und durchschnittenen Vagis gleichmässig zum Ausdruck, dagegen machen sich wesentliche Unterschiede beim zweiten Stadium nach durchschnittenen Vagis geltend, auf deren Deutung nicht näher eingegangen wird, weil die vorliegende Untersuchung nicht abgeschlossen ist. Schliesslich ist das gallensaure Natron im Stande, Lähmungen centraler Natur zu erzeugen. Injicirt man nämlich einem Frosch das Gift unter die Rücken- oder Bauchhaut und hängt ihn sofort mit dem Kopfe nach abwärts, dass die Galle mit den hinteren Extremitäten nicht in Berührung kommen kann, so ist das Thier nach $^1/_2$—1 Stunde in einem eigenthümlichen paretischen Zustand und nach Verlauf von 1—2 Stunden ist es total gelähmt, an den hinteren Extremitäten früher, als an den vorderen und es ist früher die Reflexerregbarkeit als die Beweglichkeit der betr. Extremität geschwunden. Heftige tetanische Krämpfe traten nach Injection direct in die Blutbahn ein, sonst aber nicht. Letztere Erscheinung trat auch bei Kaninchen und Hunden auf. — Eine plötzliche oder langsame Anstauung der gallensauren Salze im Blut ist also von deletärer Wirkung für den Organismus, und sind die Gallensäuren direct für die schweren Erscheinungen der Cholämie verantwortlich zu machen. Die Pulsverlangsamung im Icterus wird, so lange noch keine Herzschwäche vorhanden ist, durch die Einwirkung der gallens. Salze auf das centrale Vagusende hervorgerufen. Goldstein (Aachen).

---

258) **O. Kahler** (Prag): Ueber die Veränderungen, welche sich im Rückenmarke in Folge einer geringgradigen Compression entwickeln.

(Prag. Zeitschrift für Heilkunde. III. Bd. 3. u. 4. Heft. 1882.)

Zur Beantwortung der Fragen, ob eine geringe, aber bleibende Compression des Rückenmarks Veränderungen seiner Substanz bedinge und welcher Art dieselben seien, spritzte der Verf. flüssig gemachtes, reines Bienenwachs in den Wirbelkanal von Hunden. Nachdem die Dornfortsätze des 6. und 7. Brustwirbels an ihrer Basis abgetragen sind, wird bei jungen Thieren zwischen die Bogen des 6. und 7. Brustwirbels eine dicke gekrümmte Sonde eingeführt oder eine Canüle eingeschoben und nach Erwärmen derselben eine in siedendes Wasser getauchte und mit dem erwärmten Wachs gefüllte Spritze angesetzt und sofort mit der Injection begonnen. Das injicirte Wachs nun konnte auf keinem anderen als mechanischen Wege — durch Compression — die Rückenmarksubstanz beeinflussen, es konnte von der Fortpflanzung eines etwa durch den Fremdkörper

erzeugten Entzündungsprocesses auf die Dura und das Rückenmark nicht die Rede sein. In keinem Falle fand sich auch nur eine Andeutung von Adhärenzen zwischen Dura und Pia. Bei Untersuchung des Rückenmarks der ersten und zweiten Zeitperiode, bei Thieren, welche bloss Stunden (6—13) oder Tage (10) nach der Operation gelebt hatten, fanden sich die *frischen* Veränderungen nur an den Nervenfasern. „Sie bestehen in einer in Herden, oder auch an einzelnen Exemplaren auftretenden hochgradigeu Anschwellung des Axencylinders, die mit Zerfall desselben zu einzelnen Fragmenten einhergeht. An diesen Fragmenten oder Anschwellungen fehlt die Markscheide entweder völlig (stellenweise Verdrängung) oder sie ist noch als anscheinend unverändert nachzuweisen, oder endlich, sie ist durch eine farblose, homogene, mitunter auch schwach granulirte Masse ersetzt, die hie und da zu sehr bedeutenden Ausdehnungen der einzelnen Maschenräume führt. Unter Veränderung des Aussehens des geschwollenen Axencylinders und seiner Bruchstücke und unter Vacuolenbildung in demselben findet ein successives Verschwinden der Nervenfaserreste statt, das von Körnchenzellenbildung begleitet wird.“ Für die dritte Zeitperiode bei Thieren, die bis 5 Wochen nach der Operation lebten ergab die Untersuchung (es stand hier nur ein Exemplar zu Gebote) das Vorkommen von herdweisen Veränderungen an drei Stellen, am 5. und 6. Halsnervenpaare an der Peripherie des l. Seitenstranges, am 8. Hals- und Brustnerven an der Peripherie des l. Seitenstranges, am 2. und 3. Dorsalnerven in den Goll'schen Strängen. In den von den Bestandtheilen der Nervenfasern völlig befreiten Maschen des Neuroglianetzes sitzen vereinzelte Körnchenzellen, vereinzelt finden sich Querschnitte geschwollener Axencylinder und normale Nervenfasern. An einzelnen Stellen Dickenzunahme des Neuroglianetzes. Nach auf- und abwärts Veränderungen der secundären Degeneration. Die 4. Zeitperiode (bis 6 Monate) zeigte eine herdweise vertheilte sogen. Sclerose und eine oft über grössere Abschnitte der weissen Stränge verbreitete Verdickung des interstitiellen Gewebes. Auf die Substanz des Rückenmarkes hatte die Wachsinjection und die dadurch bedingte mässige Compression einen unmittelbaren Effekt nicht; so lehren wenigstens die nach der Operation sofort todt gebliebenen Versuchsthiere. Was nun die Art und Weise der Entstehung der beschriebenen, später eintretenden Veränderung anbetrifft, so führt Verf. hypothetisch aus, dass in erster Reihe bei der Compression eine Behinderung des Lymphabflusses und eine Stauung der Gewebssäfte eintritt. Es unterliegen dann die Nervenfasern in der weissen Substanz einer zerstörenden Einwirkung der gestauten Gewebssäfte, ferner werden durch Compression auf mechanischem Wege Laesionen der Nervenfasern zu Stande kommen, welche durch Beseitigung des Einflusses der trophischen Centren an umschriebenen Strecken der Nervenfasern einen für die Einwirkung der Lymphe günstigen Status schaffen. Als Ergebniss seiner Experimentaluntersuchung stellt Verf. somit den Satz auf: die Compression, welche das Rückenmark von Hunden durch in den Wirbelkanal injicirtes Wachs erleidet, führt zu primären Veränderungen an

den Nervengefässen, die unter bedeutender Anschwellung ihrer Theile, namentlich des Axencylinders, zerfallen und schliesslich verschwinden, erst secundär kommt es zu einer Betheiligung des interstitiellen Gewebes und der Gefässe an dem Processe. Die Compressionsmyelitis des Menschen zeigt ähnliche Verhältisse, jedoch wird die Entstehung der Rückenmarksveränderung bei letzterer auf ähnliche Weise wie beim Experiment nur mit aller Reserve behauptet. Jedenfalls ist die ältere, mechanische Anschauung, wenn auch in etwas veränderter Weise, wieder zur Geltung gekommen, wenngleich für diejenigen Formen von Rückenmarkscompression, bei denen sich eine nach auf- und abwärts vorschreitende Erweichung entwickelt, die entzündliche Grundlage angenommen werden muss. Die Bemerkungen im „Anhang" die gelegentlichen Beobachtungen der secundären Degeneration im Rückenmarke des Hundes betreffend, möge man im Original nachlesen.

Goldstein (Aachen).

---

259) **Arthur Halla** (Prag): Ein Fall von atrophischer Spinalparalyse der Erwachsenen. (Heilung.) (Prag. med. Wochenschr. 1883. Nro. 12 u. 13.)

Joseph P., 38 Jahre alt, Gemeindeschreiber, Potator, klagte am 13. October 1881 über Schmerzen in den Beinen und Schwäche, wurde bettlägerig, fieberte und delirirte, wurde hilflos und konnte sich im Bette nicht rühren. Am 15. October $^1/_2$ stündiger Anfall von Bewusstlosigkeit mit starkem Schnaufen und Schäumen, aber ohne Krämpfe.

Stat. praes. am 29. October. Kranker kann sich nicht im Bette aufsetzen. Bei Beugung im Ellbogen bleibt Brachio radialis vollkommen schlaff; bei gestrecktem Vorderarm hängt die Hand schlaff herab. Es besteht Lähmung der Mm. brachio radial., ext dig. comm. extr. poll. long. et brev., Parese des Mm. ext. carp. radial. et uln., abductor poll. long., der Flexoren und einiger Interossei, Schulter und Oberarmmuskeln frei. Streck- und Beugemuskeln der unteren Extremitäten gelähmt, fühlen sich welk an, sind druckempfindlich; Sehnenreflexe fehlen, Bauchdeckenreflexe lebhaft. Nadelstiche an der Fusssohle rufen keine Reflexbewegung hervor. Delirium während 3 Wochen, geringe Fiebererscheinungen. Weitere Ausbreitung der Lähmung fand nicht statt. Schon am 2. Nov. waren Bewegungen im Handgelenke freier, am 10. Nov. konnte sich Pat. im Bette aufsetzen. An den Unterextremitäten wurde auffallende Atrophie der gelähmten Muskeln beobachtet. Genaue electrische Untersuchung erst 21 Tage nach Beginn der Lähmung: Im nerv. rad. u. M. ext. carp. rad. ist Erregbarkeit erloschen, m. extr. dig. comm., die Mi. ext. poll. brev. et abductor long. reagiren minimal bei stärksten Strömen. Vom n. crur. aus lassen sich bei stärksten Strömen noch minimale fibrilläre Contractionen des Quadriceps wach rufen; Rect. crur. vast. int. vast ext. bleiben stumm., herabgesetzt ist Erregbarkeit im musc. glutaeus max., in den Beugern am Oberschenkel, im Peroneus long. et brev., Ext. digit. commun. long. und in den Wadenmuskeln. Für den galv. Strom ist die Erregbarkeit im N. crur. beiderseits erloschen, Ueberwiegen der Anodenwirkung in den Adductoren. Entartungsreaction macht noch

weitere Fortschritte (man vergleiche die ausführliche Tabelle des Originals); in dem vom n. radial. versorgten Supinat. long. rechts und links tritt die schwere Form derselben auf. Es wird auf die Aehnlichkeit mit einzelnen Fällen von Bleilähmung hingewiesen. Die Abnahme der Lähmungserscheinungen machte stete Fortschritte und im Dezember konnte Pat. selbstständig essen und einen Brief schreiben. Im Juni 1882, also im 8. Monate, war er aber noch nicht im Stande zu gehen, die gelähmten Oberschenkel und Wadenmuskeln waren schlaff und hochgradig atrophisch geworden, Kranker wurde entlassen, war aber am 1. Febr. 1883 soweit, dass er seinen Dienst wieder aufnehmen konnte. Die Untersuchung zeigte dann eine bedeutende Volumszunahme der Extremitätenmuskeln. Lähmungserscheinungen waren nicht mehr zu constatiren. Prompte Reaction mit dem farad. Strom, nur sind in den vorher entarteten Nerven und Muskeln hohe Stromstärken erforderlich. Der Nutzen der Medication (Arg. nitr.) ist schwer abzuschätzen bei einer Krankheit, die auch spontan heilen kann.

Goldstein (Aachen).

---

260) **D'Heilly** et **Chantemesse** (Paris): Note sur un cas de cécité et de surdité verbales. (Ueber einen Fall von Wortblindheit und Worttaubheit.) (Le Progrès méd. Februar 1883.)

Bei einem 24jährigen, tuberculösem Mädchen wurden die oben genannten Symptome drei Wochen lang bis zum Tode beobachtet. Aus dem ausführlich geschilderten Krankheitszustande sollen nur folgende Momente hervorgehoben werden. Ohne vorhergegangene apoplectische Erscheinungen wird Patientin plötzlich aphasisch. Im Bereiche der Motilitäts- und Sensibilitätssphäre keine Störung. Ebenso gutes Erinnerungsvermögen für Farben, Personen und Gegenstände. Die Intelligenz ist nur ein wenig herabgesetzt. Patientin spielt Karten und rechnet; sie sieht und hört. Sie bringt einige Worte hervor, aber sie ist ausser Stande, die Worte zu verstehen, welche man vor ihr ausspricht. Ebenso ist es ihr unmöglich zu lesen oder zu schreiben. Sie geht marastisch zu Grunde. — Bei der Autopsie findet sich eine Läsion in der linken Hemisphärenoberfläche. Es handelt sich um eine Thrombose des 4. Astes der linken Arteria fossae Sylvii und eine gelbe Erweichung der hinter der motorischen Zone gelegenen Windungen. Der Herd nimmt die hintere Hälfte der ersten Schläfenwindung, die Marginalwindung und einen Theil der Angularwindung des untern Scheitellappens ein. Die Oberfläche der dritten Frontalwindung ist intact. Die Erweichung geht in die Tiefe nicht über die graue Substanz hinaus und ergreift die Insel nur in der nach hinten gelegenen Partie. Die übrigen Windungen, besonders die Brocca'sche, sind unversehrt.

Rabow (Berlin).

---

261) **Urbantschitsch** (Wien): Ueber den Einfluss der Erkrankungen des äusseren und mittleren Ohres auf die Sinnesempfindungen, insbesondere auf den Gesichtssinn. (Wiener med. Presse Nro. 43. 1882.)

Bei 25 Ohrenkranken konnte nach exclusiver otiatrischen Behand-

lung, Bougirung der T. Erustachii, 21 mal eine Besserung des Sehvermögens nachgewiesen werden, welche in 14 Fällen Nro. 1 bis 4 der Jäger'schen Schriftscalen betrug. Versuche über den Einfluss eines einzelnen Eingriffes auf das Ohr zeigten betreffs der Sehbesserung eine meist rasch vorübergehende Steigerung des Sehvermögens, die auf einer Hebung des Lichtsinnes beruht.

Letztere kann bei Besserung des Ohrenleidens eine ganz beträchtliche sein. Dieselbe ist nach Verf. nur eine Reflexwirkung seitens der sensiblen Trigeminusäste auf den Gesichtssinn. Das Gleiche gilt auch für die übrigen höheren Sinne. Müller (Graz).

---

262) **Frank** (Gablonz): Ein Fall von Encephalopathia cum amaurosi saturnina. (Wiener med. Presse Nro. 22. 1882.)

Es handelt sich um einen Maler, der nach vor Jahren zu wiederholten Malen aufgetretenen Enteralgien ziemlich plötzlich einen Ausbruch eines Deliriums mit Kopfschmerzen und Amaurose sowie eclamptischen Anfällen erlitt. Nach 10 Tagen Genesung. Der Pat. hatte vorher auch einmal eine heftige Quecksilberintoxication durchgemacht.

Müller (Graz).

---

263) **J. Schnitzler** (Wien): Ueber doppelseitige Recurrenslähmung. (Wiener med. Presse Nro. 15. 1882.)

Bekanntlich kommt einseitige Recurrenslähmung häufig bei Aortenaneurysmen zur Beobachtung — sehr selten hingegen doppelseitige. Der vom Verf. mitgetheilte betraf einen 52 jährigen Billeteur, der das laryngoscopische Bild bilateraler Recurrenslähmung darbot und bei dem die Diagnose auf Compression der Recurrentes durch ein Aneurysma arcus aortic. gestellt und durch die Section bestätigt wurde.

Müller (Graz).

---

264) **Weiss** (Prag): Ueber Venenspasmus. (Wiener Medic. Presse. Nro. 31, 32, 33, 34, 35.)

Aus den grundlegenden Experimenten von Goltz, dem bekannten Klopfversuch Gubler's an den Hautvenen des Menschen betreffs der Kontractilität der Venen sowie dem vom Verf. gelieferten Nachweise der Möglichkeit oberflächlich gelegene Venen auch durch faradische Reizung zur Contraction zu bringen ergibt sich zur Evidenz, dass in gleicher Weise wie die Arterien auch die Venen nicht nur der Kaltblüter, sondern auch der Warmblüter und des Menschen einen mittleren Grad von Spannung, Tonus besitzen, der vom verlängerten Marke und vom Rückenmarke ressortirt und durch directe wie reflectorische Einflüsse gesteigert und gehemmt werden kann.

Die pathologische Störung der Veneninnervation zeigt sich demnach entweder als Venenspasmus oder Venenparalyse — analog den beiden Formen der Arterioneurose: Arteriospasmus und Arterioparalyse.

Klinisch werden sich beide Angiospasmen leicht differenziren lassen:

Arterienkrampf.	Venenkrampf.
Die Haut bekommt ein blasses wachsartiges, cadaveroeses Aussehen. Beim Einstechen fliesst kein Blut.	Die Haut wird erst roth, dann veilchenblau, tiefblau und endlich schwarz. Aus der Einsticböffnung rieselt kein Blut.
Die Temperatur ist sofort niedrieger; der Theil fühlt sich leichenkalt an.	Die Temperatur der gerötheten Haut ist etwas höher; mit Zunahme der Cyanose wird sie niedriger.
Die Haut collabirt, wird faltig und runzelig.	Die Haut turgescirt, schwillt an (und zeigt hin und wieder kleine Ecchymosen).
Es treten mitunter hochgradige Sensibilitätsstörungen auf.	Keine Sensibilitätsstörungen, höchstens ein Gefühl von Spannung.
Die Erscheinungen treten schnell auf.	Langsames Auftreten der Erscheinungen.
Der Ausgleich erfolgt rasch.	Der Ausgleich erfolgt langsam.

Verf.'s Venenspasmus deckt sich demnach klinisch so ziemlich mit dem Bilde der localen Asphyxie der Autoren. In dem vom Verf. mitgetheilten Falle von Venenspasmus — es ist der in der Wiener Klinik, Heft 10 und 11, 1882 genauer beschriebene Fall von symmetrischer Gangrän, — der anfallsweise spontan, oder auf directe sowie indirecte Reize an den Zehen beider Füsse auftrat, konnte über die Natur der Angioneurose absolut kein Zweifel bestehen, da Verf. die spastische Contraction einzelner Venen des Fussrückens beobachten konnte, während sich die Cyanose an der dorsalen Seite der Zehen etablirte.

Therapeutisch gelten bei der Behandlung des Venenspasmus dieselben Grundsätze wie bei dem Arteriospasmus. Müller (Graz).

---

265) **P. Sepilli:** I Reflessi tendinei. (Die Sehnenreflexe.) (Riv. sperim. di fren. VIII. 3. u. 4. H.)

Neben einer sehr eingehenden literarischen Zusammenstellung über das Vorkommen und Verhalten der Sehnenreflexe unter verschiedenen Bedingungen gibt S. eine Darstellung seiner eigenen Untersuchungen an Geisteskranken. (178 Fälle.)

In 10 Fällen von Dementia paralytica war der Patellarreflex nur einmal fehlend, 4 mal verstärkt; bei dem gleichen Individuum war seine Intensität in verschiedenen Muskelgruppen häufig auffallend verschieden.

In den übrigen 168 Fällen fehlte der Patellarreflex 11 mal (6,5%), der Plantarreflex 25 mal (17%). Es verdient hervorgehoben zu werden, dass in keinem jener Fälle mit mangelndem Patellarreflexe irgendwelche Erscheinungen einer spinalen Läsion nachzuweisen waren.

7 mal konnte eine Steigerung der Sehnenreflexe beobachtet werden, und zwar 2 mal bei Epilepsie mit Geistesschwäche, und 5 mal bei Pellagra. Die pellagröse Geisteskrankheit ist daher jene, bei welcher am häufigsten die Sehnenreflexe verstärkt sind (bekanntlich fehlen sie aber gerade bei Pellagrösen auch mitunter). Obersteiner (Wien).

---

266) A. Schenkl (Prag): Ueber Association der Worte mit Farben.
(Prag. med. Wochenschrift Nro. 10, 11. 1883.)

Zur Illustration der sonderbaren Erscheinung von Farbenempfindung beim Hören von Worten oder Tönen gibt Verf. 3 neue Beobachtungen, indem er gleichzeitig die früher von ihm und anderen publicirten zur Vergleichung heranzieht. Ein endgiltiges Urtheil über das ursächliche Moment ist bei der geringen Zahl der Fälle nicht zu geben. Doch treten zwei Typen in den Vordergrund; einmal angeborene Fälle, die durch eine gesetzmässige, schematische Regelmässigkeit characterisirt sind und bei denen jeder Ton, Klang und Laut Farbenempfindung hervorruft. Es ist lediglich der Klang des Wortes, der das Auftreten der Farbe beeinflusst. Als Erklärungsgründe sind eine ungewöhnlich starke Erregbarkeit der cerebralen Farbencentra, wodurch das benachbarte Gehörscentrum miterschüttert wird, oder annormaler Verlauf der Gehörsnervenfasern, die zum Farbencentrum gehen herangezogen. —

Zweitens jene Fälle, bei denen die Farbenempfindung bei einer gewissen Kategorie von Worten die lediglich Gedächtnisssache sind, willkührlich hervorgebracht ist und erst mit der Zeit bei gleich und ähnlich lautenden Worten und endlich auch bei einzelnen Lauten spontan erfolgt. Dies sind erworbene Formen des betreffenden Associationsprocesses. Ein äusserst fein und frühzeitig entwickelter Farbensinn gibt vielleicht den ersten Anstoss zum Zustandekommen dieses Sinnesfehlers. Wenn *ein* Kind einer Familie dann den Farbensinn zur Untertützung des Gedächtnisses anwendet, so wird es sicherlich auch seine Geschwister darauf aufmerksam machen, wodurch sich dann das Vorkommen bei anderen Mitgliedern derselben Familie erklären liesse.
Goldstein (Aachen).

---

267) von Hasner (Prag): Periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. (Prag. med. Wochenschritt Nro. 10. 1883.)

Verf. beschreibt einen Fall von periodisch allmonatlich mit der Menstruation seit 4 Jahren eintretender monoculärer totaler Oculomotoriuslähmung bei einem 17 jährigen Dienstmädchen. Ein solcher Fall ist bisher in der Literatur nicht erwähnt. Verf nimmt als wahrscheinliche Ursache an eine in Begleitung der Menstruation durch vasomotorische Reizung im Bereiche der Sylv. Grube und des l. Pedunculus periodisch auftretende hyperämische Drucklähmung des Ursprungskernes des l. Oculomotorius mit Reflexwirkung auf den Vagus. Da die Lähmung des Lides schon am 2. Tage zurücktritt, nach weiteren 2 Tagen die Rückbildung der Lähmung der Augenmuskeln erfolgt und auch die Lähmung des ciliaren Zweiges (Mydriasis) länger zurück bleibt, so muss die Hyperaemie am vorderen Ende des Ursprungskernes des Oculomotorius ihren Hauptherd haben, von da nach dem hinteren Theile sich verbreiten und in umgekehrter Ordnung sich zurückbilden. Möglicherweise bildet sich durch entzündlichen Process oder durch einen Tumor eine dauernde Lähmung aller Zweige des Oculomotorius.
Goldstein (Aachen.

---

268) **O. Kahler** (Prag): Zur Lehre von der neuroparalytischen Keratitis. (Prag. med. Wochenschrift 1883. Nro. 8.)

Eine 56 Jahre alte Frau leidet seit 3/4 Jahren an einer rechtsseitigen Gesichtslähmung ohne Schmerzen. — Die Kranke hat eine auf das ganze rechtsseitige Facialisgebiet ausgedehnte Paralyse mit Lagophthalmus und bochgradigem Ektropium des unteren Augenlides. Zeitweilig fibrilläre Zuckungen in der Muskulatur der r. Oberlippe. Minimale Bewegung des oberen Augenlides synchron mit dem Lidschlag links. Bindehaut des betr. Auges mässig geröthet, Bulbus normal. Parese der rechten Gaumensegelhälfte. Keinerlei Sensibilitätsstörung ausser einer Empfindungslähmung an der rechten Zungenhälfte in ihrem vorderen Abschnitte. Electrische Erregbarkeit ergibt mit Ausnahme der Mm. retrahent und attollent auriculae Fehlen der direkten faradischen Erregbarkeit und der indirekten für beide Stromesarten. Mit dem galv. Strom geben bei direkter Reizung die Muskeln träge, wurmförmige Zuckungem, Erregbarkeit gegen links herabgesetzt. Electrische Behandlung geringe Besserung im Lidschlag rechts, auch Spuren von Wiederkehr der farad. Erregbarkeit. 50 Sitzungen. Zwei und ein halb Monate etwa nach der ersten Vorstellung findet man neben stärkerer Röthung der Conjunctiva ein kleines, oberflächliches Cornealgeschwür am rechten Auge. Ueberweisung an Dr. Schenkl, welcher schon 5 Monate vorher die Kranke wegen ihres Lagophthalmus behandelt, die Lähmung des r. Facialis constatirt und einen dauernden Occlusivverband verordnet hatte. Das Geschwür der Hornhaut verbreitet sich schnell gegen das Centrum; eitrige Hornhautinfiltration, Hypopium. 8 Tage später Panophthalmitis, nach 3—4 Wochen war die Phthisis bulbi perfekt. Die genaue Aufnahme der Sensibilitätsstörung machte Verf. nach etwa 1½ Monate. Dieselbe besteht im Verbreitungsbezirke aller drei Aeste des rechtsseitigen Trigeminus, Fehlen der Tastempfindung von der Stirn bis zum Scheitel, in der Schläfengegend und an den Wangen. Tactile Anaesthesie an der Nase, an der Conjunctiva, dem Bulbus, in der Kinngegend, an der Mundhöhlenschleimhaut mit Ausnahme der Zunge. Wange ist ödematös geschwollen, Gehör rechts geschwunden. Heftige Schmerzen in der rechten Schläfe stellen sich ein; nach etwa 7 Monaten wird ein hühnereigrosser Tumor constatirt, der sich aus der Fossa auriculomaxillaris herausdrängt und mit den knöchernen Theilen in der Tiefe fest zusammenhängt. Auftreibung der regio temporalis, Lähmung und Atrophie des r. m. masseter. Weitere Beobachtungen und die Autopsie fehlen leider, da die Kranke nicht wiederkehrte.

Da anfänglich noch Beweglichkeit im m. frontalis constatirt wurde, so muss man eine allmäliche Entwicklung der Facialisparalyse annehmen. Ferner ist hervorzuheben, dass die Gaumensegellähmung und die Betheiligung der chorda tympani (Geschmacksstörung und leichte Sensibilitätsstörung der Zunge) auf eine Betheiligung von Fasern, die einerseits im Stamme des Facialis nur bis zum Ganglion geniculi verlaufen, andererseits aber erst dort sich dem Facialisstamme anschliessen, zurückzuführen ist. Der Sitz der Lähmungsursache ist

also am Gangl. geniculi zu suchen. In der Masse des Felsenbeins und in der Nähe dieses Abschnittes des Fallopi'schen Canals muss daher der Knochentumor seinen Ausgang genommen haben. Es erreicht später das Gangl. Gasseri, worauf die Trigeminuslähmung erfolgt. Verf. glaubt, dass wir ausser den äusseren, schädlichen Einflüssen eine durch Wegfall oder Beeinträchtigung der Innervation bedingte verminderte Widerstandsfähigkeit des Gewebes für das Zustandekommen der Keratitis in Anspruch nehmen müssen. Dieser Fall mit dem seit langem bestehenden Lagophthalmus gibt einen Beleg hierfür, da es erst nach Hinzutreten der Trigeminusaffection zur Keratitis kam.

Goldstein (Aachen).

---

269) **Bourneville** et **Bricon:** Recherches critiques et expérimentales sur l'emploi de l'aimant dans l'épilepsie. (Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Anwendung des Magneten bei der Epilepsie.)
(Le Progrès méd. Nro. 13. 1883.)

Diese Arbeit enthält das Resumé der von Bricon bereits veröffentlichten These (siehe dieses Bl. Nro. 9). Die mit dem Magneten erzielten Erfolge, gleichgültig in welcher Form seine Anwendung statt fand, sind gleich Null.

Rabow (Berlin).

---

270) **Reinhard** (Hamburg): Ueber die Anwendung permanenter Bäder bei brandigem Decubitus gelähmter Geisteskranker. (Vortrag im psych. Verein zu Berlin. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 39 H. 6. 1883.)

Das Verfahren welches der Verf. empfiehlt ist folgendes: Eine transportable Wanne mit überstehendem Rande wird bis zu etwa $^2/_3$ ihrer Höhe mit Wasser von 30—31° R. gefüllt, (dem manc. 60,0 Carbolsäure oder Naphthalin hinzufügt) sodann mittelst einer Schnur mit einem starken Bettlaken überspannt. Die überhängenden Theile des Lakens werden in 2 feste Längswülste gerollt, deren Enden noch besonders angezogen und festgeknüpft werden. Am Kopfende der Wanne wird nun an der ringsverlaufenden Schnur ein grosses Luftkissen angebracht, welches den Schultern, dem Nacken und dem Kopfe zur Unterlage dienen soll. Das Laken muss so in die Wanne hinein hängen, dass der Körper im Wasser liegen kann. Der Kranke wird nun vorsichtig hineingebracht und mittelst eines breit zusammengelegten Handtuchs, welches ihm quer über die Brust unter den Armen herläuft, am Kopfende der Wanne lose befestigt. Selbstverständlich darf trotz dieser Vorsichtsmassregel der Kranke wegen der Gefahr des Ertrinkens nicht unbewacht bleiben. Wesentlich erleichtert wird die Procedur durch 2 auf Rollen stehende Wannen, die dann abwechselnd benutzt und im Baderaum leicht gefüllt werden können. Im Allgemeinen wird die Erneuerung des Wassers nur 2 mal innerhalb 24 Stunden nöthig sein, da die Temperatur desselben bei Bedeckung der Wanne mit einem Stück Wachstafft und einer wollenen Decke selbst bei kühler Stubentemperatur innerhalb 12 Stunden höchstens um 2,5 R. sinkt. Es versteht sich, dass die Erneuerung eher geschehen muss, wenn der Kranke

in das Wasser defäcirt. Hat man keine zweite Wanne, so wird der Decubitus inzwischen mit einem antiseptischen Pulvervband (Jodoform oder Naphthalin) bedeckt. Contraindication der permanenten Bäder bilden: heftige motorische Unruhe, andauernde schwere Convulsionen und beginnender Collaps. Die Kranken blieben bis 4 Wochen im Wasser.

Kron (Berlin).

---

271) **Kirchhoff** (Schleswig): Nachweisung der Simulation bei einem Strafgefangenen. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 39. H. 6. 1883.)

Der zu 15 J. Zuchthaus verurtheilte Verbrecher simulirte über ein Jahr in consequenter Weise, zuerst Melancholie mit Vergiftungswahn, dann Verrücktheit mit Hallucinationen, schliesslich Dementia. Nach den ausführlich mitgetheilten Gutachten wurde er von dem ersten Experten für geisteskrank, von den folgenden für einen Simulanten erklärt. Der Gefängnissarzt stellte dann wieder ein Attest auf Blödsinn aus, bis die Beobachtung in der Irrenanstalt bei Schleswig den wahren Sachverhalt definitiv feststellte. Ein Geständniss der Simulation hat nicht stattgefunden.

Kron (Berlin).

---

272) **Wendt:** Bericht über die Verwaltung der Westpreussischen Provincial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Schwetz im Etatsjahr vom 1. April 1881 bis 31. März 1882.

Bestand am 1. April 1881:	185 M.	185 Fr.	370 zus.
Zugang während des Jahres	31	24	55
Summa der Verpflegten	216	209	425
Abgang während des Jahres	33	23	56
Bestand am 31. März 1882	183	186	369.

In der *Heilanstalt* wurden während des Jahres behandelt 49 M., 47 W., 96 zus. Der vorliegende Bericht giebt eine traurige Illustration zu der Ueberfüllung der Irrenanstalten und den aus ihr sich ergebenden Folgen für die Genesungsprocente. „Von denjenigen Kranken, deren Aufnahme während der Berichtszeit beantragt wurde, mussten 58 zunächst auf der Expectantenliste notirt werden, und von diesen gelangten nur 27 innerhalb des betreffenden Jahres zur Aufnahme.“ Also nur die *Hälfte* der Aufnahmebedürftigen konnte wirklich aufgenommen werden! Dementsprechend ist denn auch die Zahl veralteter Krankheitsfälle bei der Aufnahme sehr gross.

Die Krankheit bestand über 2 Jahre bei 19, über 5 Jahre bei 10, über 10 Jahre bei 6 Kranken. „Es kommt dies daher, dass in Folge der Ueberfüllung die Frage der Gemeingefährlichkeit für die Bevorzugung bei der Aufnahme immer entscheidender wird, und dass heilbare Kranke demzufolge leider immer mehr zurückstehen und auf die rechtzeitige Einleitung einer rationellen Behandlung verzichten müssen.“

Als „Genesen“ wurden entlassen 4 M. 6 Fr. 10 zusammen, also 10,42% aller in der Heilanstalt Verpflegten — gewiss ein sehr niedriger Procentsatz.

Die Gesammteinnahmen der Anstalt betrugen	M.	200309,21.
„ Gesammtausgaben „ „ „	„	200686,45.
Ausfall	M.	377,24

der durch einen gleich hohen Bestand in der Restverwaltung gedeckt wird. In der Einnahme ist ein Posten von M. 142087,69 Zuschuss aus der Landeshauptcasse enthalten, der um M. 8015,31 unter dem im Etat aufgestellten Zuschuss zurückbleibt; mithin stellt die letztere Summe ein Ersparniss gegen den Etat dar.

Die Kosten für *einen* Kranken berechnen sich aus der Gesammtausgabe im Durchschnitt auf M. 1,48 pro Tag.

Erlenmeyer.

---

273) **von Krafft-Ebing** (Graz): Lehrbuch der Psychiatrie.
(Stuttgart, Enke. 2 Bände. II. Auflage.)

Das im Jahre 1879 von allen *berufenen* Seiten ausnahmslos mit grosser Freude entgegengenommene Lehrbuch liegt heute, nach dem kurzen Zeitraume von 3 Jahren in zweiter, „theilweise umgearbeiteter“ Auflage vor uns, gewiss ein stringenter Beweis für die Vortrefflichkeit des Buches. Die klare, verständliche Sprache, die thunliche Vermeidung von theoretischen Erwägungen und Hypothesen, die Hervorhebung des gesicherten Besitzstandes der Psychiatrie, die systematische, übersichtliche Ordnung des Lehrstoffes, der durch glücklich gewählte Krankengeschichten illustrirt ist — das sind die Hauptvorzüge auch dieser zweiten Auflage.

Der *erste Band* enthält I. Einführung in das Studium der Psychiatrie. II. Die elementaren Störungen der Gehirnfunctionen im Irresein. III. Die Ursachen, IV. Verlauf, Dauer, Ausgänge und Prognose der psychischen Krankheiten. V. Die allgemeine Diagnostik und VI. die allgemeine Therapie — im Ganzen 317 Seiten.

Der *zweite Band* ist entstanden aus einer Vereinigung des zweiten und dritten der ersten Auflage; die Krankengeschichten, die dort in dem letzten Bande isolirt gegeben waren, sind in der vorliegenden Auflage in den Text eingeschoben, ihre Zahl von 159 auf 105 reducirt. Unter ihnen sind aber viele neue, die in der ersten Auflage nicht standen. Der zweite Band enthält I. die Psychoneurosen, II. die psychischen Entartungen, III. die Hirnkrankheiten mit vorwaltenden psychischen Symptomen. Anhang: Psychische Entwicklungshemmungen, Idiotie und Cretinismus — im Ganzen 388 Seiten.

Die „theilweise Umarbeitung“ bezieht sich auf folgendes: An die Stelle der früheren Melancholia „passiva“ ist ein M. „simplex“ getreten; eine in der ersten Auflage nicht näher gewürdigte und mit der primären Verrücktheit zusammen geworfene Form des „hallucina-

torischen Wahnsinns“ ist genauer praecisirt und beschrieben; das Irresein in Zwangsvorstellungen ist nicht mehr als eine Parallelform der primären Verrücktheit aufgefasst, sondern als eine eigenartige Aeusserungsweise des degenerativen Irreseins einem eigenen Capitel überwiesen. Ferner erscheinen als umgearbeit die Melancholie, die Manie, die Paralyse, des hysterischen und periodischen Irresein. Ganz neu bearbeitet sind der Wahsinn, das Irresein in Zwangsvorstellungen und das hypochondrische Irresein.

Jedem Bande ist ein besonderes, alphabetisch geordnetes Register beigegeben.

Wir wünschen der vorliegenden Auflage des vortrefflichen Werkes denselben glänzenden Erfolg, den ihre Vorgängerin gehabt hat.

Erlenmeyer.

---

274) **Boardman Reed** (Atlantic City): The Insufficiency of the Laws governing Commitments to Asylums for the Insane with report of cases. (Die Lücken in der Gesetzgebung über die Aufnahme in die Irrenanstalten mit Anführung einschlägiger Fälle. (Philadelphia Medical Times 1883, 13. Januar.)

Verf. rügt es als einen grossen Uebelstand, dass gesetzlich das Zeugniss zweier oder auch nur eines Arztes genügt um Jemand für geisteskrank zu erklären und seine Einsperrung in eine Irrenanstalt zu veranlassen. Es käme nicht so selten vor, dass wirklich Geistesgesunde auf diese Weise ihrer Freiheit beraubt würden. Allerdings würden solche Personen von den Anstaltsdirectoren alsbald wieder entlassen, aber der Betreffende sei seiner Freiheit für einige Zeit beraubt und könne auch allerlei Nachtheil in seinem Geschäfte etc. dadurch erleiden. Zum Belege führt Verf. einen Fall eigner Erfahrung an. Ein ihm ganz genau bekannter junger Mann war auf das Zeugniss eines Arztes hin einen Monat lang in einer Irrenanstalt als Patient, obwohl er überhaupt nie geisteskrank gewesen war und auch die Anstaltsärzte keine Geistesstörung bemerken konnten.

Ferner findet es Verf. unrecht, dass harmlose, ungefährliche Kranke in eine Anstalt „eingesperrt“ würden, und schildert einige Fälle, wo eine Verpflegung und Behandlung (bei reichen Patienten! Ref.) auch ausserhalb der Anstalt ganz gut gelang. —

(Dass diese ganze Beweissführung überflüssig, weil Niemand das Gegentheil behaupten wird, bemerkt Verf. nicht. Sein Aufsatz ist überhaupt von solcher Animosität gegen die Anstalten durchweht, dass man beinahe glauben möchte, er kenne solche nur von Hörensagen, wenn anders, dann müssten die americanischen Anstalten wirklich schlecht sein. Ref.)

Karrer (Erlangen).

III. Verschiedene Mittheilungen.

275) Aus Basel. Der grosse Rath hat in seiner Sitzung vom 23. April 1883 mit Einstimmigkeit den Neubau der hiesigen Irrenanstalt nach den vorliegenden Plänen beschlossen.

Die neue Anstalt erhält auf jeder Seite der in die Mitte derselben placirten Verwaltungs- und Wirthschaftsgebäude je 5 Pavillons (5 für M. 5 für W.) und zwar je 1 Pavillon mit 27 Betten für Ruhige, je einen mit 27 Betten für Schwachsinnige, je einen mit 22 Betten für Unruhige, je einen mit 16 Betten für acute Kranke, je einen mit 15 Betten für Pensionäre, somit 10 Pavillons mit 214 Betten für die ganze Anstalt, deren Gesammtkosten fr. 1,600000 betragen werden (per Kopf M. 6000. Red.).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. d. Saale (Prov.-Irren-Anst.) II. Arzt, 1. Juli, 3000 M., freie Fam.-Wohnung, Garten etc. 2) Merzig, Assistenzarzt, 1200 M. fr. Stat. 3) Owinsk, (prov. Irr.-Anst. Posen) a) Director; Meld. an den Oberpräsidenten Herrn von Guenther in Posen. b) Assistenzarzt baldigst; 2000—2500 M. jährlich nebst freier Wäsche. Meldung an die Direction. 4) Blankenhain (Grossherz.-Sachsen) Assistenzarzt 1. Juli. 600—900 M. freie Station, Praxis in der Stadt. 5) Bonn (Prov.-I.-Anst.) Volontairarzt, 1. Juli 800 M. 6) Die Kreisphysicate: Coesfeld (Münster), Greifenhagen (Stettin), Lippstadt (Arnsberg), Naugard (Stettin), Paderborn (Minden), Schroda (Posen), Wetzlar (Koblenz), Soest (Arnsberg).

Besetzte Stelle. Klingenmünster, Director, Herr Dr. Karrer, Oberarzt an der Irrenanstalt in Erlangen.

Correspondenz der Redaction.

Auf die in letzter Zeit von verschiedenen Seiten eingelaufenen Beschwerden über verspätete Zustellung der durch den *Buchhandel* abonnirten Exemplare des Central-Blattes kann nur mit dem Hinweise darauf geantwortet werden, die Reclamationen bei der Abonnementsstelle anzubringen; fernerhin aber statt bei einer Buchhandlung bei der Post zu abonniren.

Bei jeder Postanstalt des In- und Auslandes ist das Abonnement ausführbar und die auf diesem Wege bestellten Nummern sind höchstens 2 Tage nach Ausgabe regelmässig in den Händen des Abonnenten, während auf dem Wege der Buchhändlerbestellung oft 8, selbst 14 Tage bis zum Empfang vergehen. —

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben und redigirt von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. — 15. Juni 1883. — Nro. 12.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Richard Schulz: Nachtrag zur „Ataxie im Kindesalter".

II. REFERATE. 276) N. Weiss: Ueber spastische Spinalparalyse. 277) H. Pierson: Ueber Polyneuritis acuta. (Multiple Neuritis.) 278) Ed. v. Wahl: Ein Fall von sog. Kopftetanus oder Tetanus hydrophobicus. 279) Chr. Abadie: L'ataxie locomotrice est-elle d'origine syphilitique? 280) Johnson und Wright: Heilung einer langwierigen Ischias durch Nervendehnug. 281) Acute Chorea. 282) Edward Mackey: Ein Fall von hysterischer Athembeschleunigung, welche Dyspnoe durch Herzleiden oder Diabetes vortäuschte: 283) Geo. H. Savage: Plötzlicher Verlust des Gedächtnisses. 284) Joseph Bell: Ueber eine nach Schädelverletzung öfters auftretende Form von Gedächtnissstörung. 285) Geo. H. Savage: Psychische Symptome als Vorläufer des Schlagflusses. 286) M. Leidesdorf: Hirndruck und Psychose infolge prämaturer Synostose der Schädelnähte. 287) Kirn: Zur Casuistik der Psychosen im Gefolge febriler Erkrankungen. 288) Tigges: Behandlung der Psychosen mit Electricität. 289) Edward Brush: Mittheilungen über den Besuch einiger englischen Irrenanstalten. 290) Alex Robertson: Simulation. 291) C. E. Höstermann: Ein Fall von wahrscheinlich falscher Selbstanklage eines Geisteskranken. 292) von Krafft-Ebing: Mord oder Todtschlag. Zweifelhafter Geisteszustand. 293) von Krafft-Ebing: Simulation von Blödsinn Seitens eines zur Todesstrafe verurtheilten Mörders.

III. VEREINSBERICHTE. 294) Brown-Séquard: Ueber Hemmung der Nervencentren durch auf die Peripherie applicirte excitirende Agentien. 295) Redard: Ueber Temperatur der Extremitäten nach Dehnung peripherer Nerven. 296) Richet: Ueber Gehirnfunction. 297) Dastre und Morat: Rapport des Ganglions sympathiques avec les nerfs vaso-moteurs. 298) Mégnin: Ueber Entomologie und gerichtliche Medicin. 299) Brown-Séquard: Ueber Anästhesie durch Galvanisation des laryngeus superior. 300) Laborde: Rapports physiologiques du noeud vital et les mouvements respiratoires. 301) Dastre: Ueber sommeil anesthetique. 302) Bordier: Ueber Deformation der Ohren bei Verbrecher. 303) Topinard: Ueber bedeutende Entwickelung der Frontalhöcker. 304) Nathan Weiss: Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Tetanie. 305) Bechterew: Ueber die Functionen der Vierhügel.

IV. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 306) Aus Paris. 307) Aus Hamburg. 308) Aus Baden-Baden. 309) Aus Würzburg.

V. NEUESTE LITERATUR. VI. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Nachtrag zur „Ataxie im Kindesalter."

Von Dr. RICHARD SCHULZ,
Prosector am herzogl. Krankenhaus zu Braunschweig.

In Nro. 4 dieses Centralblattes erschien im vorigen Jahre eine kleine Arbeit von mir über „Ataxie im Kindesalter", in welcher als weiterer Beitrag zu den Rumpf'schen Beobachtungen (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXIII p. 527.) von Hydrocephalus intern. chron. mit Ataxie in oberen und unteren Extremitäten, eine Mittheilung gemacht wurde über ein 5 jähr. Kind mit bedeutendem Hydrocephalus, welches die hochgradigste Ataxie der oberen und unteren Extremitäten verbunden mit den Erscheinungen der spastischen Spinalparalyse, sehr gesteigerten Sehnenreflexen etc. zeigte. Schon bald nach Absendung des Manuscripts bekam die Patientin eines Tags einen so heftigen Krampfanfall, dass ich glaubte, als ich das Kind verliess, es nur als Leiche wieder zu finden. Das Kind war während längerer Zeit pulslos, hochgradig cyanotisch, vollständig schlaff, Herztöne kaum zu hören.

Trotzdem erholte sich das Kind wieder und ich fand es Tags darauf wohlauf wie immer. Im Jahre 1882 blieb der Zustand im Wesentlichen derselbe, wie er in der oben erwähnten Arbeit geschildert. Nur nahm die Lähmung der Arme zu, welche vollkommen schlaff am Leibe herabhingen. Das Kind musste gefüttert werden. Kopfschmerzen häufig, Sehnenreflexe immer gesteigert. Ataxie bei den Bewegungen, welche noch möglich, waren immer noch deutlich vorhanden.

Am 12. Januar 1883 bekam das Kind während es gerade ass, einen neuen Krampfanfall, in welchem es blieb. Nach Mittheilung der Angehörigen ist es als wahrscheinlich anzunehmen, dass es an einem Bissen erstickte, während der Krampf eintrat.

Am folgenden Tage wurde von mir Kopf- und Wirbelcanalsection gemacht.

Kopf wie während des Lebens in obiger Arbeit beschrieben. *Schädeldach* sehr dünn, durchscheinend. *Dura mater* sehr gespannt und anämisch, Innenfläche glänzend, Sinus absolut blutleer.

Gehirn stark vorquellend, Windungen stark abgeplattet, Pia mater zart ohne Trübungen, keine Spur von Injection der Gefässe. Beim Einschneiden in das Gehirn gelangt man in einen weiten Sack, aus welchem circa 1 Liter klarer Flüssigkeit sich entleert, dessen obere Wand von der nur noch circa 1 Ctm. dicken Gehirnsubstanz gebildet wird. Hirnrinde circa $1/2$ Ctm. breit der andere $1/2$ Ctm. wird von weisser Markmasse gebildet. Die Höhle stellt die colossalerweiterten Seitenventrikel dar. Gross-Ganglienkörper normal. Ependym desgleichen.

Die Herausnahme des Gehirns stösst dadurch auf Schwierigkeiten, dass die linke Kleinhirnhälfte ziemlich fest mit der Dura verwachsen ist. Nach der Herausnahme zeigt sich, dass die ganze linke Kleinhirnhälfte von einem ungefähr Taubeneigrossen sehr festem Tumor

zum Theil verkäst, zum Theil graugrünlich gefärbt, im Innern unregelmässig gallertige Stellen zeigend, welche röthlich, schleimig sind, eingenommen ist. Von Gehirnsubstanz ist nichts mehr in der linken Kleinhirnhälfte wahrzunehmen.

Die Medulla oblongata ist etwas weich und zerreisslich, comprimirt ist dieselbe nicht. Macroscopisch sind an derselben keine Degenerationen wahrnehmbar. Rückenmarkshäute normal. Auch am Rückenmark, welches von normaler Consistenz und Farbe ist, sind macroscopisch keine Degenerationen zu sehen.

Die Präparate wurden behufs microscop. Untersuchung in Müller'sche Flüssigkeit gelegt. Diese ergab den Tumor des Kleinhirns als einen grossen, zum Theil verkästen, mässig vascularisirten *Tuberkel.* Das Rückenmark zeigte auch nach der Härtung keine macroscopisch durch verschiedene Färbung sich differenzirende degenerirte Partien. Eine microscop. Untersuchung desselben war leider nicht möglich, da sich dasselbe beim Schneiden als zu brüchig erwies.

Nach Abschluss des Falles dürfte es wohl angemessen sein, einige kurze epicritische Betrachtungen anzustellen.

Die Ursache des sehr bedeutenden *Hydrocephalus* haben wir zweifelsohne in dem grossen *Tuberkel* der linken Kleinhirnhälfte zu suchen, welcher wohl auf die abführende Venen des Gehirns, speciell die Vena Galena einen Druck ausgeübt hat und so die Entwickelung des Hydrocephalus internus herbeiführte, welcher also nicht, wie in obiger Arbeit angenommen war, in Folge einer Leptomeningitis sich entwickelte.

Die *Ataxie* dürfte nach dem Mitgetheilten nunmehr als eine rein „*cerebellare*“ *Ataxie* aufzufassen sein. Die Erscheinungen der *spastischen Spinalparalyse* hingegen möchten wohl, wie in obiger Arbeit ausgeführt, in der Beeinträchtigung der Medulla oblongata durch den Druck der hydrocephalischen Flüssigkeit und einer secundären functionellen Reizung der Seitenstränge des Rückenmarks ihren Grund haben, da, wenn auch allerdings nur macroscopisch, Zeichen einer Degeneration der Seitenstränge (hellere Färbung der degenerirten Partien am in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten Präparat) fehlten.

II. Referate.

---

276) **N. Weiss** (Wien): Ueber spastische Spinalparalyse. (Wiener Med. Wochenschrift 1883. Nro. 7. und 8.)

Verfassers Folgerungen lassen sich in folgende Sätze zusammenfassen:

Die spastische Spinalparalyse als eine selbstständige Erkrankung des Rückenmarks mit dem anatomischen Substrate einer primären Lateralsclerose kommt wirklich vor und ist ihre Existenz durch den Fall von Morgan und Dreschfeld (siehe d. Bl. 1881. Nro. V. pag. 105) anatomisch bewiesen. Sie ist aber durchaus nicht wie dies Erb und Charcot vermutheten sehr häufig — sondern im Gegentheile geradezu eine Rarität. In der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle aber

stellt die spastische Spinalparalyse durchaus keine selbstständige Erkrankung dar, sondern nur einen Symptomencomplex, der bei ganz verschiedenen Krankheiten *temporär* das ganz klinische Krankheitsbild ausmachen kann, zu dem sich aber später die mannigfachsten Störungen der Sensibilität oder der vegativen Sphäre hinzu gesellen.

Der Symptomencomplex der spastischen Spinalparalyse ist bedingt durch eine Reizung der Pyramidenbahnen des Rückenmarkes, sei es durch eine directe, anatomisch nachweisbare Laesion derselben oder durch functionelle Reizung dieser Bahnen bei gewissen Hirnprocessen.

Der Symptomencomplex wird daher bei folgenden Processen angetroffen werden können:

A) Spinale
1. Myelitis acuta und chronica.
2. Compressinonsmyelitis.
3. Multiple spinale Sclerose.
4. Amyotrophische Lateralsclerose.
5. Primäre Lateralsclerose.

B) Cerebrale
1. Bilaterale Laesionen der Pyramidenbahnen.
2. Hydrocephalus chronicus.
3. Multiple cerebrospinale Sclerose.
4. Progressive Paralyse.

Die Fälle von sog. congenitaler spastischer Spinalparalyse konnten bei dem bisherigen Mangel anatomischer Befunde in dieses Schema nicht untergebracht werden.

(Auch hysterische Lähmungen können, wenn auch nur selten klinisch das reine Bild der spastischen Spinalparalyse darbieten. Ref. Es mögen dem Ref. hier noch einige Bemerkungen gestattet sein. Mit der Diagnose „primäre Lateralsclerose" = spastische Spinalparalyse wird der grösste Missbrauch getrieben. Der Beweis für die Existenz einer primären Lateralsclerose ohne weitere Complication ist bis heute ausstehend. Der Fall von Morgan und Dreschfeld, ist nicht beweisend, denn wie aus einer später erfolgten Publication (Journal of Anatom. and Physiolog. 1881. Bd. XV.) ersichtlich ist, wurden bei einer genaueren microscopischen Untersuchung des R.-M. die multipolaren Ganglienzellen vom oberen Brusttheile an bis ins Lendenmark herab hochgradig erkrankt gefunden. Einfache Atrophie, Pigmentatrophie — stellenweise vollständiges Fehlen ganzer Gruppen von Ganglienzellen. Anatomisch lag demnach der Befund der amyotrophischen Lateralsclerose vor. Ref. hat hiedurch die Genugthuung seine 1881 pag. 105 d. Bl. bei der Analyse der damals viel Aufsehen erregenden Publication Morgan's und Dreschfeld's ausgesprochene Kritik und beobachtete reservirte Haltung, indem er nur gelten liess, dass „die Beobachtung der genannten Autoren den bis heute ausstehenden Beweis für das Vorkommen der Lateralsclerose zu liefern **scheint,**" heute vollkommen gerechtfertigt zu sehen. Es dürfte daher an der Zeit sein, die spastische Spinalparalyse (primäre Lateralsclerose) als autonome Krankheit vollständig aus der Nosologie zu streichen.

Müller (Graz).

---

277) **H. Pierson** (Dresden): Ueber Polyneuritis acuta. (Multiple Neuritis.) (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Nro. 229. 1883.)

Anknüpfend an einen selbst beobachteten Fall gibt Verf. in leicht verständlicher Weise eine Schilderung dieser Krankheit. Die ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte hatte in Kürze den Verlauf, dass ein bis dahin ganz gesunder Beamter von 34 Jahren, der nie syphilitisch war, von einer aufsteigenden Lähmung der Extremitäten und des Rumpfes, sowie doppelseitiger Facialisparalyse und Parese des Vagus (Pulsbeschleunigung) befallen wird; die Lähmungserscheinungen erreichen binnen 8 Tagen ihren Höhenpunkt, sind von heftigen Schmerzen, profusen Schweissen, Icterus und Fieber begleitet; weiterhin schliesst sich daran eine starke Herabsetzung der Sensibilität, Erlöschen aller Reflexe, Verlust des Muskelgefühls, sowie der electrischen Erregbarkeit, sowie eine rasch fortschreitende Muskelatrophie. Im weiteren Verlauf entwickeln sich auch vasomotorische (Oedeme) trophische (abnorme Behaarung und Pigmentirung der Haut) Störungen. Dann langsames Besserwerden der Erscheinungen, so dass Pat. nach nicht ganz einem Jahre seinen Dienst wieder aufnehmen konnte. Differentiell-diagnostisch werden die Unterschiede zwischen der acut aufsteigenden (Landry'schen) Paralyse und der Poliomyelitis anterior acuta erörtert und angenommen, dass der vorliegende Symptomencomplex durch einen acuten entzündlichen Process in den Nervenstämmen bedingt sei, indem auf die Schilderung von Leyden hingewiesen wird. Nur die Betheiligung der Hirnnerven, wie sie in diesem Falle so deutlich zu Tage trat, ist von L. nicht genügend betont; sie scheint hauptsächlich, wie sich aus der Vergleichung der Fälle von Eichhorst, Leyden und Hiller ergiebt, bei den acuten Formen vorzukommen. In den mitgetheilten subacuten Fällen von Duménil, Leyden, Grainger Stewart hat die Krankheit einen rein localen Charakter, während die schweren Erscheinungen der acuten Fälle auf ein tiefes Ergriffensein des Allgemeinbefindens hinweisen. Daraus zieht Verf. den Schluss, dass es sich hier um eine Infectionskrankheit handelt, nach Analogie der Polyarthritis rheumatica, welche Vermuthung auch schon von anderen Autoren ausgesprochen ist. Allerdings ist in den Arbeiten von Baelz und Scheube über die Beri-beri, sive Ka-ke Krankheit der Inder und Japaner eine Stütze dieser Ansicht entstanden, da die betr. Krankheit, welche jene Autoren als eine miasmatische Infectionskrankheit auffassen, die grösste Aehnlichkeit mit der europäischen Polyneuritis hat. Die Sectionen zeigten dort eine Neuritis der peripheren Nervenstämme mit Degeneration der Nervenfasern und in den chronischen Fällen hochgradige Bindegewebswucherung mit fast vollständiger Atrophie der Nervenelemente. Prognostisch ist zu bemerken, dass bei den europäischen Fällen eine relativ grosse Anzahl von Todesfällen statt hat, während die Mortalität der Ka-ke durchschnittlich 5% beträgt. Therapeutisch wird in der ersten Zeit Salicylsäure, wegen der Schmerzen Chloroform - Einreibungen, bei hochgradigen Herzerscheinungen Digitalis, Extr. Belladonne, bei retardirender Reconvalescenz die warmen Quellen und Schwefelbäder und die Electricität empfohlen.

Goldstein (Aachen).

278) **Ed. v. Wahl** (Dorpat): Ein Fall von sog. Kopftetanus oder Tetanus hydrophobicus. (St. Petersb. med. Wochenschrift. 1882. Nro. 39.)

F. M., 41 Jahre alt, Buchbindergeselle, stürzte von einer Treppe und verletzte sich die Stirn rechterseits über dem Orbitalrande; Suggilation der rechten Wange. Bewusstlosigkeit $1/4$ Stunde. 9 Tage später Kiefersperre.

Stat. praes. (nach 12 Tagen) Gesicht nach links verzogen, rechte Naso-labialfalte verstrichen, rechter Mundwinkel tiefer stehend, wie linker, r. Auge kann nicht geschlossen werden, linkes kramphaft geschlossen. Orbicular. oris stark gespannt. Wangenmuskulatur der r. Seite gelähmt und bretthart, Spannung steigert sich reflectorisch bei Berührung der Lippen. Salivation. Leichte Erstickungsanfälle. Am folgenden Morgen wird Pat. plötzlich asphyctisch, Eröffnung der Luftwege. P. 124. T. 38,2. Am darauffolgenden Tage (16. August) ist Kopf nach rechts hinübergezogen. Cucullaris rechts etwas gespannt. Pupillen beiderseits verengt, reagiren nicht mehr auf Licht. M. T. 36,8, A. T. 38,3 P. 100—124. — 18. August: Starke Steigerung der Reflexerregbarkeit. Ganz ähnliches Bild wie bei Hydrophobie. 19. August: Lähmung der Gaumen und Zungenmuskulatur besteht *nicht*. Rasselgeräusche in den abhängigen Partien der Lunge. T. 38,2—38,6; Eiweiss im Urin. 20. August. P. 38,5. Abends Tod. Pathologische Veränderungen im Bereiche der Pons und der Medulla oblong. nicht gefunden. Obgleich Nacken- uud Bauchmuskelstarre fehlten, also kein typischer Fall von Tetan. traum. vorlag, so muss doch die tetan. Starre des Gesichts und der Kiefermuskulatur der Schlundkrampf und die kolossal gesteigerte Reflexerregbarkeit den Fall unter obige Form stellen. Zum Schluss macht Verf. auf die Eigenthümlichkeit des tonischen Krampfes im gelähmten Facialisgebiet, der durch äussere Reize reflectorisch gesteigert wird, aufmerksam.

Goldstein (Aachen).

---

279) **Chr. Abadie:** L'ataxie locomotrice est-elle d'origine syphilitique? (Gazette hebdom. 1882 1. Dezember.)

Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen über die bei Tabes auftretende Sehnervenatrophie, welche durch spezifische Mittel nie gebessert werde, sondern nur verschlimmert; welche auch patholog.-anatomich keine der Lues eigenthümlichen Erscheinungen aufweise, zu dem Schlusse, dass die Rückenmarkssyphilis sich ebenso wesentlich von der wahren locomotorischen Ataxie unterscheide, wie die Hirnsyphilis von der allgemeinen progressiven Paralyse.

Karrer (Erlangen).

---

280) **Johnson** und **Wright** (Illinois): Sciatica of long standing cured by Nerve-Stretching. (Heilung einer langwierigen Ischias durch Nervendehnung.) (The medical and surgical Reporter 1883. 10. März.)

Die $8^1/_2$ Jahre den verschiedensten Medicationen trotzende Ischias wurde durch Dehnung des Ischiadicus geheilt. Die Heilung bestand bei der Veröffentlichung 4 Monate. Karrer (Erlangen).

---

281) Case of Acute Chorea, treated by Massage; Recovery. (Ein Fall von Chorea durch Massage geheilt.) (Casuistische Mittheilung in The Lancet 1883. 10. Februar.)

Die hochgradige Chorea bestand bei der 12 jährigen Patientin schon sieben Wochen als mit der Behandlung begonnen wurde. Ausser der Massage wurde völlige Isolirung und Bettruhe angewendet und innerhalb vier Wochen Heilung erzielt.

Karrer (Erlangen).

---

282) **Edward Mackey:** Case of Hysteria; rapid Breathing simulating Cardiac or Diabetic Dyspnoea. (Ein Fall von hysterischer Athembeschleunigung, welche Dyspnoe durch Herzleiden oder Diabetes vortäuschte. (The Lancet 1883. 10. Februar.)

Chlorotisches Mädchen von 17 Jahren mit heftigen Dyspnoëanfällen wobei 88 bis 120 oberflächliche Athemzüge pro Minute gezählt wurden; der Puls schwach aber ruhig, 64 bis 72 pro Min.; späterhin anfallweise Delirien, Hallucinationen und Charackterverschlimmerung. Angaben über das Verhalten der Sensibilität fehlen. Heilung nach drei Monaten.

Karrer (Erlangen).

---

283) **Geo. H. Savage:** Case of acute loss of memory. (Plötzlicher Verlust des Gedächtnisses. (The Journ. of ment. science. April 1883. pag. 85.)

Eine 40 jährige bisher gesunde Frau wurde plötzlich von einem, ärztlicherseits für einfach hysterisch erklärten Anfalle betroffen, nach welchem sie ohne anderweitige körperliche oder geistige Störungen grosse Gedächtnissschwäche zeigte. Dies blieb unverändert, bis nach zwei Monaten im Anschlusse an einen Schwindelanfall, Zuckungen der Augen nach rechts und Bewusstlosigkeit auftraten. Wieder zu sich gekommen, war die Frau aphasisch und *links* hemiparetisch. Nach zwei Tagen verschwanden diese Symptome gänzlich und Pat. zeigte denselben Zustand wie vor dem zweiten Anfalle, die Gedächtnissschwäche hatte jedoch etwas zugenommen und wird nach Ansicht S.'s zur progressiven Demenz führen. Matusch (Dalldorf).

---

284) **Joseph Bell:** On a Form of Loss of Memory occasionally following Cranial Injuries. (Ueber eine nach Schädelverletzungen öfters auftretende Form von Gedächtnissstörung.) (Edinb. med. Journ. Febr. 1883.)

Verf. beobachtete in einer Anzahl von Fällen bei Kopfverletzungen die eigenthümliche Art von Erinnerungsverlust, dass dem Kranken nicht nur an den Unfall selbst und die zunächst sich anschliessende Zeit der Bewusstlosigkeit die Erinnerung verloren ist, sondern auch noch an eine mehr weniger lange Zeit, welche dem Unfall dierect vorausging. Vier einschlägige Fälle werden in Kürze mitgeteilt. Diese Erscheinung lässt sich nach Verf. dadurch erklären, dass alle Ereignisse eine gewisse Zeit brauchen, um sich dem Gedächtniss resp. dem Gehirn einzuprägen. Durch den Eintritt einer Hirnerschütterung wird dieses Einprägen verhindert, so dass also die Erinnerung an das kurz

Vorhergegangene ausgewischt wird. Die Hirnerschütterung wirkt nicht durch die Bewusstlosigkeit, denn sonst müsste auch durch Anaesthetica der gleiche Erfolg erzielt werden, was aber nicht der Fall.

(Wenn Verf. aber glaubt, dass diese Art der Gedächtnissstörung noch nie die Aufmerksamkeit eines Chirurgen oder Psychologen auf sich gezogen habe, so irrt er sich. Azam (Bordeaux) hat die Störung beschrieben (cf. Refer. Nro. 382. 1881.) und ihr den Namen Amnésie rétrograde beigelegt. Auch Ribot behandelt in seinem Werke über das Gedächtniss und seine Störungen die geschilderte Störung als etwas Bekanntes, führt einen Fall aus Carpenter's mental Physiology an und citirt andere. In deutschen Lehrbüchern der Chirugie z. B. Bruns, König hat diese Störung volle Berücksichtigung gefunden. Ref.)

Karrer (Erlangen).

---

285) **Geo. H. Savage:** Mental Symptoms, Precursors of an attack of apoplexy. (Psychische Symptome als Vorläufer des Schlagflusses.) (Journ. of ment. science 1883. April.)

Als „Vorläufer“ sind bei einem 55 jährigen gichtischen Manne der Reihe nach aufgetreten: Schlaflosigkeit, neuralgische, vom Pat. in die Augen verlegte Schmerzen, Reizbarkeit, Gedächtnissschwäche, Gehörstäuschungen (anfänglich Glockenläuten, später Gespräche etc.), Geschwätzigkeit, Geruchshallucinationen und systematisirter Verfolgungswahn. Der Kranke kam dabei körperlich herunter und erlag einem schweren apoplectischen Insult mit linksseitiger Lähmung.

Matusch (Dalldorf).

---

286) **M. Leidesdorf:** Hirndruck und Psychose infolge prämaturer Synostose der Schädelnähte. (Jahrb. für Psych. 1883. S. 169.)

Ein 19 jähriges körperlich und geistig normal entwickeltes Mädchen wurde bei gleichzeitiger Cessirung der Menses psychisch verändert, klagte über Kopfschmerz, schlief Tags über leicht ein. Der Zustand blieb 5 Monate unverändert, dann begann die Kranke Geruchshallucinationen darzubieten, und verworren zu sprechen, hatte *dünnschleimigen Ausfluss aus der Nase.* 2 Tage nach Auftreten dieser Erscheinungen in die Anstalt aufgenommen verfiel sie rapide in einen dementen, schliesslich soporösen Zustand mit Pupillenerweiterung und fadenformigem Pulse. Tod am 6. Tage nach der Aufnahme. Die Section ergab *völligen Schwund* der sut. coronat. und sagitt. *fast völligen* der Lambdanaht, Usur des Schädeldaches. Die psychischen Erscheinungen führt Verf. auf den durch die frühzeitige Verknöcherung bedingten Hirndruck, den Ausfluss aus der Nase auf die Aufsaugung der verdrängten Cerebrospinalflüssigkeit durch die Lymphgefässe, die Pupillenerweiterung auf die Abnahme der Erregung am Boden des Aquaeduct Sylvii zurück. Mit den Resultaten Naunyn's und Schreiber's, dass Hirndruck um so leichter eintrete, je niedriger der Blutdruck sei, stimmt das Verhalten des Pulses überein, ebenso trifft die von N. und S. beobachtete Latenz der Hirndruck-Symptome bis zu einer gewissen Höhe der-

selben für diesen Fall zu, in welchem der Process jedenfalls ein langjähriger war.

In dem zweiten, sehr ähnlich verlaufenden Falle traten zu den obigen Erscheinungen Erbrechen und epileptiforme Anfälle. Ueber das Verhalten der Papille ist in beiden nichts erwähnt.

Matusch (Dalldorf).

---

287) **Kirn** (Freiburg i./B.): Zur Casuistik der Psychosen im Gefolge febriler Erkrankungen. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 39. Heft 6. 1883.)

Es ist nach Verf. practisch, nur 2 Gruppen von geistigen Störungen im Gefolge von acut-fieberhaften Erkrankungen zu unterscheiden: solche, welche mit dem Beginn und auf der Höhe des Fiebers auftreten (febrile Psychosen) und solche, welche nach überschrittener Krankheitshöhe mit Nachlass und Aufhören des Fiebers erscheinen (asthenische Psychosen).

Die vom Verf. beobachteten Fälle betreffen Typhus abdom., Erysipelas faciei, Rheumat. articul. und Bronchitis acuta.

1. Ein mit Nervosität von Jugend auf behaftetes 30 j. Individuum, das durch eine $1^1/_2$ j. Gefängnisshaft noch mehr geschwächt war, zeigt zunächst 2 Tage lang Diarrhoe, ohne die sonstigen characteristischen Erscheinungen des Typhus. Dann stellt sich unter intensiven Kopfcongestionen eine acute Geistesstörung mit vollkommenem typischem Verlauf ein, zuerst ein 2stündiges Depressions-Stadium, dem ein hochgradiger maniakalischer Zustand folgt, der nach 2 Tagen, abermals durch ein nur wenige Stunden dauerndes melancholisches Nachstadium scharf abgeschnitten, in den freien psychischen Zustand übergeht. Das Fieber bleibt dabei auf gleicher Höhe, so dass die Psychose nicht allein auf dasselbe, sondern gewiss auch auf die Infection zu beziehen ist. 11 Tage später erfolgte der Tod. Die Section bestätigte die Diagnose des Typhus.

2. 39 j. Pat.; am 15. Tag eines Typhus abdom. mit bis dahin mildem Verlaufe unter hohem Fieber hochgradige sehr akute Manie mit tiefer Bewusstseinsstörung, Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, bis zu dem nach 5 Tagen erfolgten Tod anhaltend. Die cerebralen Erscheinungen standen hier so im Vordergrund, dass der Typhus erst durch die Section zweifellos festgestellt werden konnte.

3. 34 j. erblich belasteter selbst psychopathischer Mann. Auf der Höhe eines normalen Typhus Manie. Dieselbe dauert eine Woche lang, remittirt mit dem Fieber zugleich und tritt mit Rückkehr desselben wieder auf. Ein leichter Erregungszustand mit Verworrenheit überdauert dann noch eine Zeit lang das völlige Verschwinden des Fiebers. Hier liegt also eine directe Fieber-Psychose vor.

4. 48 j. Mann, Potator. Gleichzeitig mit dem Fieber eines intensiven Erysipelas tritt eine acute febrile Geistesstörung auf. Pat. meldet sich bei der Staatsanwaltsschaft mit der Anklage, man habe ihn vergiften wollen, indem man ihm den Schnaps vertauscht habe und übergiebt einen steinernen Krug, der denselben enthalten soll. Er werde von seinen Feinden verfolgt und wolle um ihnen zu entgehen, in das

Gefängniss gebracht werden. (Forensische Bedeutung des Falles!) 6 Tage später mit Aufhören des Fiebers und beginnender Abschuppung plötzliche Aenderung des psychischen Zustandes, nach einigen weiteren Tagen Klarheit, vollkommene Krankheitseinsicht.

5. 56 j. Mann. Bronchitis febrilis, gleichzeitig sehr schwere Störung des Bewusstseins mit einer Reihe von mehrstündigen maniakalischen Anfällen, die nach 3 Tagen aufhören. Danach noch 7 Tage psychischer Dämmerzustand. Rascher Uebergang in Genesung zugleich mit dem kritischen Abschluss der somatischen Krankheit. Epilepsie bestand nicht. Da das Fieber nur mässig war, muss als ätiologisches Moment die durch die Circulationsstörung in den Lungen bedingte Hirnhyperämie herangezogen werden.

6. Akutes hallucinatorisches Irresein zur Zeit des Fieberabfalles eines Typhoids bei einem 34 j. schmächtigen Manne. Nach 3 Tagen scharf abgeschnittener Uebergang in Genesung mit treuer Erinnerung an den Inhalt des Anfalles.

7. Hallucinatorische Melancholie im Reconvalescenzstadium eines Rheum. art. acut., bei einer 52 j. Pat. Nach 14 Tagen Remission, die nach mehreren Wochen in vollkommene Genesung übergeht. Gesammtdauer 6 Wochen.

Die mitgetheilten Fälle unterscheiden sich von den Krankheitsbildern anderweitigen Ursprungs systematisch gar nicht, wohl aber durch den akuten Verlauf. Eine bestimmte Form von Psychosen findet sich bei den einzelnen acuten Krankheiten nicht, die Art der geistigen Erkrankung wird aber in erster Linie von den *Stadien* der somatischen Affection bestimmt. Die febrilen Psychosen bestehen im Allgemeinen aus mehr oder minder lebhaften Erregungszuständen bei gleichzeitig mehr gleichförmigen und weniger wechselnden Erscheinungen, haben eine kürzere Dauer und geben quoad vitam eine üblere Prognose. Die asthenischen Formen zeigen dagegen mehr ausgebildete Systeme von Wahnvorstellungen und verlaufen leicht protrahirter, gefährden aber das Leben nicht. Die geistigen Störungen stellen sich bei schweren und milden körperlichen Krankheiten ein. Bei jenen geschieht dies meist im Initialstadium, bei letzteren in der Regel in späteren Stadien. Mit F. K. Müller ist Verf. der Ansicht, dass die Prädisposition bei diesen Psychosen häufig eine sehr wichtige Rolle spielt. Unter den 7 mitgetheilten Beobachtungen finden sich 6 Fälle mit Prädisposition.

Kron (Berlin).

---

288) **Tigges** (Sachsenberg): Behandlung der Psychosen mit Electricität. (Allg. Ztschr. f. Psych. B. 39. H. 6. 1883.)

Die curativen Erfolge, die T. durch Galvanisation des Sympathicus, des Kopfes, der Wirbelsäule und des peripheren Nervensystems bei den verschiedenen Psychosen erzielt hat, sind im Grossen und Ganzen folgende: Auf den *Schlaf* wirkte der k. Str. in einer Reihe von Fällen günstig ein und zwar von allen genannten Stellen aus. Starke Ströme hatten augenblicklich vielfach Besserung, aber

eine unruhige Nacht zur Folge. Schwache, kürzer dauernde Ströme verdienen also für diesen Zweck den Vorzug. Das Maass ist in den einzelnen Fällen sehr verschieden. Die verschiedenen *Sensationen am Kopf*, sowohl die allgemeinen, Druck im Kopf, Eingenommenheit, als auch örtlich beschränkte, im Hinterhaupt, Vorderkopf, im Gebiet der Quintusäste, Gefühl von Trockenheit in den Augen u. s. w., gehören zu den günstigsten Behandlungsobjecten des k. Str. Wirksam ist die Behandlung an allen genannten Applicationsstellen, ferner die locale Behandlung, eine Electrode dicht unter dem Hinterhaupt, die andere stabil oder labil an der von der Sensation eingenommenen Stelle. *Hitze im Kopf* mit oft vorhandener Gesichtsröthe wird vielfach günstig beeinflusst. Relativ zu starke Ströme besonders am Kopf und Symp. können den Zustand verschlimmern. Weiter werden günstige Erfolge bei den *Sensationen am Rumpf und Gliedern* erzielt und zwar durch Ströme am Rücken, gleich viel ob auf- oder absteigend, am Symp. und Kopf. Man kann von letzterem aus öfter nicht nur die Sensationen an ihm selbst, sondern auch an Rumpf und Armen heben. Einen evident günstigen Erfolg erzielt man vielfach durch Application der einen Electrode auf die betreffende Stelle der Wirbelsäule, der anderen auf den zuführenden Nervenstamm, wozu auch die Gegend der austretenden Wurzeln, sowie die Plexus gehören. Auch der Induct. Strom wirkt vielfach günstig auf die Sensationen, (Pinsel oder Patte auf die Haut der betr. Stelle) allein oder abwechselnd mit dem k. Str. Die Dauer der Wirkung ist sehr verschieden, oft kehren die Sensationen in derselben oder gemilderten Intensität wieder, z. B. nach 5 Stunden oder schon nach einer, vielfach erzielt man aber dabei doch eine dauernde Besserung bis auf einen gewissen Grad. Bei *Druck und anderen Sensationen im Epigastrium* bewährte sich die Application am Symp. (Vagus etc.) an der Wirbelsäule und am Kopf u. s. w. *Ohrensausen* verminderte sich oder verschwand bei fortgesetzter Behandlung in einem grossen Theil der Fälle dauernd. Die unmittelbare Wirksamkeit erstreckte sich zum Theil auch auf die Gesichtshallucinationen, jedoch nicht für beide Erscheinungen auf gleich lange Zeit. In einem Falle, wo kein Brausen vorhanden war, verschwand bei einmaliger Application die Gehörshallucination. In vielen anderen Fällen war die Wirkung nicht so evident in Bezug auf das Brausen und fehlte ganz bei den Hallucinationen. *Die motorischen Symptome* bei Psychosen werden im Allgemeinen durch den Strom wenig beeinflusst, am meisten noch das Zusammenzucken (besonders beim Einschlafen). Die vermehrte Speichelsecretion, der Ptyalismus wird gebessert. „In einer Reihe von Fällen kann man sowohl in den Formen geringerer Intensität, Melancholie mit Apathie, als auch in denen mit grösserer, Mel. mit Stupor, die momentane Einwirkung des const. Str. sowohl als des Ind. Str. auf Lösung der motorischen Hemmung constatiren, zugleich mit einem Freierwerden der Gedanken. Letztere Erscheiuung bietet sich auch in den Fällen anderweitiger Melancholie öfter dar, so dass solche Kranke selbst eine grössere Besinnlichkeit, ein Bessersein in den Gedanken mit freierem Reden und Verhalten angeben und zwar entweder mit oder ohne Besserung der anderweiten Symptome“.

Verf. nimmt im Allgemeinen eine reflectorische Wirkung des Stromes an, ist aber auch geneigt, unter gewissen Umständen eine unmittelbare centrale zuzulassen.

Bei allen besprochenen Wirkungen des k. Stromes macht es im Allgemeinen keinen Unterschied, ob die An oder Ka gewählt wird. Die Intensität des Stromes muss oft, besonders an Kopf und Symp. sehr schwach (weit unter der Grenze, wo eine Nadelablenkung des Galvanometers stattfindet, 2 Elem.) und kurzdauernd (1 Min.) sein. Labile Application und Auslösung von Zuckungen wirkt oft zu reizend.

Die zulässige Stromstärke wechselt oft im Verlauf. Die günstige Wirkung auf einzelne Symptome lässt oft nach und hört auf, oder sie ist bei Wiederholung des Versuchs nicht constant. Die etwa günstige momentane Einwirkung lässt nicht den Schluss zu auf eine solche von längerer Dauer. Kron (Berlin).

---

289) **Edward Brush** (New-York): Notes of a Visit to some of the Asylums of Great Britain. (Mittheilungen über den Besuch einiger englischen Irrenanstalten. (Americ. Journ. of Insanity. Januar 1883.)

Aus der Reisebeschreibung dürften wohl die Angaben über Beschäftigung der Kranken in der Schottischen Anstalt Lenzie interessiren. Von den zur Zeit des Besuches anwesenden 238 männlichen Kranken waren 173 d. i. 76% mit Arbeiten beschäftigt. Die Zahl der Beschäftigten vertheilte sich auf die einzelnen Arten von Arbeit folgendermassen: 87 Feldarbeiter, 26 Oeconomieknechte, 14 mit der Hausarbeit, Reinigen etc., 13 im Steinbruch, 11 im Garten beschäftigt; 4 Maurer, 3 als Beihülfe der Nachtwache verwendet, 2 Magazingehülfen, je 2 Heizer, Schneider, Bäcker, Schuhmacher, Maler, Bleiarbeiter und ein Ausläufer. Von den 248 Frauen waren 201 d. i. etwas über 85% beschäftigt, 13 in der Küche, 39 im Waschhause, 3 in den Beamtenwohnungen, 101 mit Nähen, 52 mit Stricken, und 3 als Beihülfe der Nachtswache.

Manche „beschäftigte“ Patienten sah Verf., welche in Wirklichkeit nichts arbeiteten, im Ganzen wurde fleissig und willig gearbeitet. Das in derselben Anstalt eingeführte Opendoor-System beschreibt Verf. dahin, dass in den Gebäuden unter Tags keine Thüre verschlossen war, dieselben vielmehr von aussen durch einfaches Aufklinken geöffnet werden konnten, dass aber die Thüren auf der Innenseite keine Klinke besassen, also wenn zugemacht, von innen nicht geöffnet werden konnten. Die äusseren Thore konnten beliebig geöffnet werden. Den Kranken war aber nicht völlig freier Verkehr gestattet, sondern sie wurden von den betreffenden Wärtern soweit geleitet, bis sie einem andern übergeben waren, sei es dass sie aufs Feld oder in einen Arbeitschuppen gingen etc.

Bezüglich der Anwendung von Restraint gibt Verf. an, dass dieselbe selten oder nur wenig stattfindet, dass aber alle Aerzte, mit welchen er verkehrte, weit davon entfernt sind, einen dogmatischen Standpunkt für „Non-restraint“ einzunehmen, wie es ihnen von manchen zugeschrieben worden ist. Karrer (Erlangen).

---

290) **Alex Robertson** (Glasgow): Case of Feigned Insanity. (Simulation.) (The Journal of ment. science. April 1883.)

Der Fall ist ohne besonderes Interesse, die Simulation ist ungeschickt und ohne Energie durchgeführt. Auffällig ist, dass R. in seinem Gutachten die gleichzeitige Aeusserung *depressiver* und *expansiver* Wahnideen als entscheidend für Simulation verwerthet.

Matusch (Dalldorf).

---

291) **C. E. Höstermann:** Ein Fall von wahrscheinlich falscher Selbstanklage eines Geisteskranken. (Jahrb f. Psych. 1873. S. 174.)

Der Fall betrifft einen erblich belasteten, von Jugend auf schwachsinnigen, seit dem 16. Jahre in Folge eines Sturzes an wiederkehrenden Schwindelanfällen mit Kopfschmerz und Stimmungswechsel leidenden Burschen, der sich selbst als Anstifter dreier kurz auf einander folgender Brände in seinem Heimatsorte bezeichnete. Sein Benehmen, seine sich widersprechenden Aussagen und Aeusserungen, dass er noch andere Verbrechen begangen habe, die nachweislich gar nicht geschehen sind, rechtfertigten die Annahme einer falschen Selbstanschuldigung.

Matusch (Dalldorf).

---

292) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Mord oder Todtschlag. Zweifelhafter Geisteszustand. (Psychischer Entartungszustand. Chorea. Krankhafte Affecte.) Gutachten der Grazer medicinischen Fakultät. (Friedreich's Blätter f. ger. Med. 34 Jahrg. 2. Heft März und April 1883.)

Anamnese und Ergebnisse aus den Akten.

Am 7. August 81 gegen Mitternacht trafen in dem Café F. in D. Personen zusammen, die sich politisch feindselig gegenüber standen. Der der autonom constitutionalen Partei angehörende Giovani S. fühlt sich durch wiederholtes Pfeifen eines der Brüder Ex., die der kroatischen Parthei angehören, beleidigt, stösst zuerst ein Messer in den Tisch und entfernt sich dann unter Schimpfreden. Als ihn Mateo G. zur Rede stellt verwundet er denselben durch einen Messerstich tödtlich, seinen Bruder Girolam leicht. S. stellt die That als Akt der Nothwehr hin. Er habe schon lange ein Dolchmesser bei sich getragen, weil er sich vor den Brüdern G. nicht sicher fühlte. In dem Café sei er durch Aeusserungen und Pfeifen provocirt worden. Als er sich beim Weggehen darüber aufgehalten habe, seien die G. ihm nachgeeilt und hätten ihn auf den Kopf geschlagen bis er zu Boden fiel. In der Noth habe er den Dolch gezogen und blind herum gestossen, dann den Girolamo G. um Schutz angefleht (thatsächlich), und sei dann in's Haus des B. geflüchtet. Diese Darstellung wird von Thatzeugen in den wesentlichsten Punkten Lügen gestraft, andrerseits liegen auf vorbedachte Tödtung hinweisende Zeugenaussagen vor. Dass S. zur Zeit der That sehr aufgeregt war steht fest. Nachdem er G's Schutz angefleht und erhalten, sticht er noch nach ihm und bezeichnet ihn dann dem Dr. B. gegenüber als seinen Lebensretter. In das Zimmer des B. stürtzt er mit dem Rufe: „sie haben mich getödtet" und erbricht dabei. S. wird des an Matteo begangenen und an G. versuchten Mordes angeklagt. Auf Verlangen des Vertheidigers, welcher die Zurechnungsfähigkeit des S. unter Hinweis auf nervöse Leiden desselben in Frage stellt, erfordert der Gerichtshof ein Fakultäts-Gutachten über seinen Geisteszustand.

Frühere Lebens- und Gesundheitsverhältnisse.

S., 28 Jahre alt, ledig, stammt von einem Grossvater väterlicherseits, der mit choreaartiger Neurose und Zwangsvorstellung behaftet war. Der Vater ist anscheinend gesund, die Mutter starb an Phthyse. Nach Angabe des Vaters leidet er seit seinem 5.—6. Jahre an nervösen Anfällen, seit sehr früher Jugend an unheilbarem Veitstanz, welchen der Hausarzt B. als symptomatischen Ausdruck eines centralen Nervenleidens, durch das auch die Intelligenz geschädigt sei, erkannte. Dabei war S. in hohem Grade gemüthlich erregbar. Die Realschule musste er wegen seiner Absonderlichkeiten verlassen und fiel dann zweimal in der Maturitätsprüfung durch. 73 wurde er beim Bauamt in K. beschäftigt, wo er seinem Vorgesetzten etwas abnorm vorkam. Von der Militairpflicht machte ihn wohl die Chorea frei. Die hochgradige Nervosität, psychische Erregbarkeit und das excentrische Wesen des S. werden einstimmig bezeugt. Er schlägt bis zu einer Viertelstunde das Kreuz, klopft sich auf die Brust oder die Backen wiederholt sehr oft den Ruf: „Gott o Gott.“ Er konstruirt eine Windmühle mit einem tiefen Graben vor dem Eingang. Beleidigungen nimmt man von ihm als Halbnarren ruhig hin. Anfangs 80 fürchtete er ein Attentat und zeigte ein Messer, mit dem er sich vertheidigen würde. Im Gefängniss macht er einen psychisch krankhaften Eindruck durch seine Schweigsamkeit, sein Abschweifen, seine Selbstgespräche, sein unmotivirtes Lachen, seine Nachlässigkeit in der Kleidung, seine Erregbarkeit. Die Gerichtsärzte konstatiren Chorea, sowie Migräne-Anfälle, besonders im Sommer. Intellectuell ist er intakt, nicht geisteskrank, jedoch krankhaft nervös, so dass er Extravaganzen begeht, ohne die Folgen zu ermessen.

Exploration des Inkulpaten in der Grazer Universitäts-Klinik vom 21. Juni bis 6. Juli.

S. ist ruhig, geordnet, erklärt sich für geistig gesund, blos nervenleidend. Seine That sei durch Furcht und Zorn veranlasst. Er ist mit seiner Lage zufrieden und bietet ausser den choreatischen Bewegungen, die im Schlafe sistiren, nichts auffallendes. Er bietet keine intellectuellen Defekte, kein Gemüthsleiden oder Verfolgungswahn. 5 Geschwister sind in frühester Jugend unter Konvulsionen gestorben. Er selbst war nur krankhaft erregbar, so dass er bei Gemüthsaffecten manchmal starr wurde und zitterte. Vom 14. Jahre ab hat er onanirt, vom 22. Jahre ermüdet er geistig leicht und bietet neurasthenische Beschwerden. Bis auf längeres Wechselfieber ist er stets gesund gewesen. Die Schule musste er wegen der Chorea verlassen und lernte dann leicht mehrere Sprachen. Die Feindschaft der Gr., die politischer Natur war, habe ihn zur Anschaffung eines Messers veranlasst, ohne das er Abends nie ausgegangen sei. Seine That stellt er, wie oben erwähnt, als Nothwehr dar. Dem Ausgange des Prozesses sieht er mit Ruhe entgegen und glaubt nicht an eine Anklage wegen Mordes. Eine entehrende lange Freiheitsstrafe schreckt ihn nicht, da er Philosoph sei, und keine Bedürfnisse habe. Explorat macht diese Angaben mit heiterer, überzeugungstreuer Miene und macht den Eindruck eines verschrobenen, nervös-erregbaren, mit Chorea behafteten, von Hause aus gutmüthigen, gemüthlich stumpfen, willensschwachen Menschen. Körperlich bietet er ein steil abfallendes Hinterhaupt und angewachsene Ohrläppchen, Schädelumfang 55 Ctm., Längsdurchmesser 18, Querdurchmesser 16 3/10 Ctm. Etwas Anämie, beständige choreatische Zuckungen des Gesichts, die sich bei Erregung auf die rechtseitigen Hals-, Nacken-, Schulter- und Oberarm-Muskeln fortpflanzen.

Gutachten.

Die richterlichen Fragen ergeben sich aus den Antworten:

1. S. ist geistig abnorm, nicht geisteskrank, wegen des leichten Eintretens von Affecten, sowie wegen wichtiger Ausfallserscheinungen in den höchsten psychischen Funktionen, speciel im ethischen Gebiet und der Willenssphäre. Diese psychischen Abnormitäten bestehen seit der Jugend neben schwerer Chorea und sind so wie diese wahrscheinlich central bedingt. Familiendisposition zu Neurosen ist erwiesen. Ob Mord oder Todtschlag in Ueberschreitung der Nothwehr vorliegt, hat der Richter zu beantworten. Die medizinische Würdigung ergibt: a. dass S. zur Zeit der That und nach ihr sehr erregt war. b. Dass sein Affect vermuthlich bis zur Sinnenverwirrung gesteigert war. c. die Individualität des S. spricht mehr für Todtschlag im Affekt, als für Mord.

2. Da S. ein äusserst stumpfer ethisch unerregbarer Mensch ist, so hat die That auf ihn keinen wahrnehmbaren Einfluss geübt.

3. Alle Umstände sprechen für hochgradigen Affect zur Zeit der That, welcher Ueberlegung der Folgen ausschloss. Die rechtliche Verantwortlichkeit des S. hat der Richter zu entscheiden. Falls Mord nachgewiesen wäre, der dann nur auf Anstiften eines Dritten geschehen konnte, so muss die Verschrobenheit der ganzen Denk- und Gefühlsweise, die ethische Defektuosität als originäre Anomalie der geistigen Persönlichkeit des S. hervorgehoben werden, die es zu den bei psychisch normal gearteten Individuen wirksamen Gegenmotiven nicht kommen liess. S. wurde Anfangs November vom Schwurgerichte freigesprochen.

Landsberg (Ostrowo).

---

293) **von Krafft-Ebing:** Simulation von Blödsinn Seitens eines zur Todesstrafe verurtheilten Mörders. (Friedreich's Bl. für ger. Med. 34. Jahrg. 2. Heft März und April 1883.)

Der wegen Mordes Ende Sept. zum Tode verurtheilte, 28. Jahre alte Inquisit David K. wurde gerichtsärztlich vom 6.—9. Nov. 82. in Bezug auf seinen seit etwa 14 Tagen zweifelhaft gewordenen Geisteszustand untersucht. Der Mangel jeglicher Anamnese erschwerte die Untersuchung in hohem Grade. K. hatte sich seit Ende Juli musterhaft betragen, sein Verbrechen als Todtschlag darzustellen, versucht. Vom 16. October ab wird er theilnamslos, wortkarg; unverträglich, zeitweise sogar gewaltthätig, gefrässig, giebt verkehrte Antworten, schläft wenig und geht oft Nachts in der Zelle auf und ab. Er frägt immer: „Kommt der Kaiser, der Kaiser kommt, wir gehen Alle nach Bosnien, dann wird's lustig werden; verkennt Personen. Am 28. Oct. wegen Rauferei Zwangsjacke, vom 30. ab stupides Wesen, antwortet auf Fragen gar nicht, oder mit „weiss nicht“ und wird drohend wenn man ihm zusetzt. Vom 6. November ab bietet K. in Miene, Gesten u. s. w. das Bild des Stumpfsinnes. Es gibt zwei Zustände, die dem des K. ähneln, ein geistiger Dämmerzustand und ein acuter Blödsinn. Der erstere findet sich auf epileptischer Grundlage und im Zusammenhang mit epileptischen Anfällen, der letztere ist ein Erschöpfungszustand nach heftigen Gemüthsbewegungen, Nahrungsmangel u. s. w. Beides trifft bei K. nicht zu. Seine

Geistesstörung entbehrt der ursächlichen Begründung. K. erscheint blödsinnig, weiss von seiner That Nichts, hat die Ermordete nicht gekannt, erzählt von seinen militärischen Erlebnissen, sein Alter giebt er mit 20 Jahren an, behauptet nicht lesen und schreiben zu können, sei bis auf Kopfschmerz gesund, nicht Pritscher, nicht rauschig, die rechte Pupille ist oft weiter, als die linke. Er liest Ziffern falsch, bezeichnet aber Gegenstände richtig, stellt sich ungeschickt, besitzt aber die komplicirten Bewegungsanschauungen, die zum Anlegen einer Zwangsjacke erforderlich sind, schreibt statt seines Namens sinnlose Buchstaben, aus denen jedoch die Fähigkeit des Schreibens klar hervorgeht. In den folgenden Explorationen bleibt sich K. gleich. Bei längerem Fragen wird er moros und wie begriffsstutzig. Setzen auf schmale Kost macht ihn unwirsch. Er verlangt Brod und als man ihm reichliche Nahrung verspricht, wenn er vernünftig werde, sagt er: dann muss ich aus Hunger sterben. Das Bild geistiger Krankheit, das K. bietet, ist kein empirisch wahres. Er geberdet sich wie ein Blödsinniger, stellt sich gedächtnisslos, begriffsstumpf, urtheilslos dar, beweist aber durch Handlungen und einzelne Reden, dass er Gedächtniss, Urtheil, Denkvermögen, Ueberlegung hat, Wahrnehmungen macht. Er bietet Widersprüche in Reden und Thun, ist in der Erinnerung consequent, versteht Fragen und antwortet doch falsch. Diese Wiedersprüche sind nur erklärlich unter der Annahme, dass K. simulirt. Diese Annahme gewinnt fernere Anhaltspunkte aus der feineren Beobachtung des Inquisiten. Er lässt sich in eine Falle locken, indem er seit der Bemerkung, dass solche Kranke den Urin laufen lassen, ostentativ Nachts in das Bett urinirt. Die körperliche Untersuchung ergiebt nichts Krankhaftes. Am 8. November wird er durch die Aeusserung, dass man ihn durchschaue zum Weinen gebracht; am 9. lässt er die Maske fallen, bittet die Aerzte um Verzeihung und ist wieder der frühere vollsinnige Mensch. Da Simulation mit geistiger Krankheit komplizirt vorkommen kann, so wird K. auf das etwaige Vorhandensein von Gemüthskrankheit untersucht, zeigt sich aber völlig gesund. Durch die Gnade des Kaisers wurde K. zu 20 Jahren Kerkers verurtheilt.

Landsberg (Ostrowo).

III. Vereinsberichte.

I. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 20. Januar 1883. (Le Progrès méd. Nr. 4, 1883.)

294) *Hemmung der Nervencentren durch auf die Peripherie applicirte excitirende Agentien.*

Brown-Séquard legte einem Meerschweinchen ein kleines Stück wasserfreies Chloral in den äusseren Gehörgang. Es stellten sich alsbald Muskelschwäche, später vollständige Muskellähmung ein, dagegen blieb die Sensibilität ganz intact. Nach diesem Resultat scheint es erwiesen, dass je nach der Körperstelle, die gereizt wird, total verschiedene Symptome hervorgerufen werden können. Bald ist die Motilität

allein betheiligt, bald ist nur die Sensibilität aufgehoben. (Vergl. die früheren Nummern des Centralbl., betreffend die Reizung der Larynxschleimhaut durch Kohlensäure, Chloroform etc.)

Rabow (Berlin).

Sitzung vom 27. Januar 1883. (Le Progrès méd. Nro. 5, 1883.)

295) *Temperatur der Extremitäten nach Dehnung peripherer Nerven.* **Redard** hat (mit Hülfe der thermo-electrischen Methode) gefunden, dass bei Thieren nach Dehnung des N. Ischiadicus die Temperatur des operirten Gliedes erheblich sinkt und dass diese Temperaturerniedrigung 2 bis 3 Monate andauert. Auf der gesunden Seite macht sich auch eine Temperaturabnahme bemerkbar, aber von geringerer Intensität und Dauer. Entgegen der Annahme von Vogt soll das Verhalten dafür zeugen, dass die Dehnung das centrale Nervensystem beeinflusst.

Rabow (Berlin).

Sitzung vom 10. Februar 1883. (Le Progrès méd. Februar 1883.)

296) *Gehirnfunction.* **Richet** hat ungefähr $^2/_3$ der gesammten Hirnoberfläche einer Ente mit dem Thermokauter fortgenommen, ohne dass namenswerthe psychische Symptome zu bemerken waren. Es war kaum eine Spur von schnell vorübergehendem Stupor zu constatiren.

Rabow (Berlin).

Sitzung vom 17. Februar 1883. (Le Progrès méd. Nro. 8. 1883.)

297) *Rapport des ganglions sympathiques avec les nerfs vaso-moteurs.* **Dastre** und **Morat** berichten über Experimemte, welche für die Gegenwart von vasomotorischen Centren in den sympathischen Ganglien sprechen.

Das Ganglion cervicale infer. und thoracic. prim. empfängt zusammenziehende und erweiternde Nervenfasern, erstere kommen vom Rückenmark; letztere von der 8. Cervical- und der 1. und 2. Dorsalnervenwurzel.

Rabow (Berlin).

Sitzung vom 3. März 1883. (Le Progrès méd. Nro. 10 1883.)

298) *Entomologie und gerichtliche Medicin.* **Mégnin** war beauftragt worden, ein gerichtliches Gutachten abzugeben über den mumificirten Leichnam eines Kindes, den man in dem Zimmer eines Hotels aufgefunden hatte. In den Eingeweidehölen fanden sich zahlreiche Hüllen von Insecten. Die Wäsche war mit Schalen bedeckt und Pupen, welche meistens leer waren und andeuteten, dass aus ihnen das vollkommene Insect entschlüpft war. Auf den Haaren fanden sich todte Pediculi capitis. Nach sorgfältiger Prüfung der vorgefundenen Insecten und nach besonderem Studium ihrer Metamorphosen konnte M. sein Gutachten dahin abgeben, dass der Tod des Kindes mindestens vor $1^1/_2$ bis 2 Jahren eingetreten sein müsse. Diese Angabe ist dann auch durch das spätere Geständniss der Mutter bestätigt worden.

Vignal macht interessante Mittheilungen über Entwickelung und Längenwachsthum der Nervenfasern.

299) *Anästhesie par galvanisation du laryngé supérieur.* **Brown-Séquard** hatte früher durch Reizung der Nervenendigungen (vermittelst Kohlensäure) des Nerv. laryngeus superier Anäs-

thesie hervorgerufen. Nunmehr ist es ihm auch gelungen beim Hunde durch Galvanisation des Nervenstammes selbst eine vollständige, tiefe Anästhesie zu erhalten. Rabow (Berlin).

Sitzung vom 10. März. (Le Progrès méd. Nro. 11. 1883.)

300) *Rapports physiologiques du noeud vital et des mouvements respiratoires.*

Laborde hat von Neuem Versuche mit der Piqure an der Spitze des Calamus scriptorius angestellt. Oberflächliche Reizung dieses Punktes mit einer Nadel ruft bekanntlich 2 bis 3 Minuten lang Stillstand der Respiration hervor, während das Herz weiterschlägt. Es handelt sich nun um die Frage, ob man es hier mit einem Reflexact, wie allgemein angenommen wird, oder mit einer directen Action zu thun hat. Laborde tritt für die letztgenannte Anschauung ein. Die Intervention des Nerv. Vagus oder der benachbarten Hirnpartien könne hierbei keine Rolle spielen, da nach Durchschneidung derselben der vorgenannte Effekt auch zu Stande komme. — Entgegen dieser Annahme sprechen Frank und Dastre sich dahin aus, dass es sich hier um eine reflectorische Thätigkeit handelt.

Brown-Séquard hebt hervor, bereits vor 25 Jahren nachgewiesen zu haben, dass dem Noeut vital nicht die Bedeutung zukomme, welche Flourens ihm zugeschrieben habe. Es existire kein vollkommen localisirtes Athmungscentrum; man könne die im Niveau der Spitze des Calamus scriptorius gelegene graue Substanz abtragen, ohne dass Stillstand der Respiration eintrete. Reizung des genannten Punktes hebe wohl die respiratorischen Bewegungen auf, aber eine einfache Piqure an einer anderen Stelle thue das auch. Es könne nicht in Abrede gestellt werden, dass in der Nachbarschaft der Med. oblong. eine Region vorhanden sei, welche mehr Einfluss habe als jede andere die Respiration anzuhalten — doch ihre Integrität sei durchaus nicht unerlässlich und das respiratorische Centrum erstrecke sich über eine grosse Partie des Cervicaltheils des Rückenmarks.

Rabow (Berlin).

Sitzung vom 21. April 1883. (Le Progrès méd. Nro. 17. 1883.)

301) *Sommeil anesthésique.* Im Auftrage von Aubert (Lyon) macht **Dastre** Mittheilungen über die Vorzüge der mit *Atropin verbundenen Morphiuminjectionen.* Applicirt man eine solche Injection eine Virtelstunde vor der Aetherinhalation, so tritt Schlaf ein, ohne dass ein Aufregungsstadium vorangeht und ohne dass Erbrechen nachfolgt. Durch den Atropinzusatz schwinden gewisse Nachtheile, welche durch Absorption von Morphin allein hervorgerufen werden.

Poncet ist nicht besonders eingenommen für das Verfahren, vor dem Chloroformiren Morphium zu injiciren. — Brown-Séquard wendet seit lange mit Atropin versetzte Morphiuminjectionen an und ist mit den Erfolgen zufrieden. Rabow (Berlin).

II. Societé d'anthropologie zu Paris.

Sitzung vom 21. Decbr. 1882.

302) **Bordier** zeigt Potographien von *Verbrechern* und behauptet, dass man bei fast allen eine *Deformation der Ohren* findet. Jedes Verbrechen soll dem Gesichte des Verbrechers ein Gepräge verleihen und man könnte fast die Hässlichkeit der verschiedenen Gruppen dieser Verbrecher kategorisiren. Gegen diese Annahme erhebt ein grosser Theil der Gesellschaft Widerspruch. Rabow (Berlin).

Sitzung vom 14. Januar 1883. (Le Progrès méd. Nro. 5. 1883.)

203) **Topinard** führt ein 10jähriges Kind vor, welches wegen *bedeutender Entwickelung der Frontalhöcker,* den Anblick eines Hydrocephalus gewährt. Die Mutter ist leidend. Ein Bruder litt an Tumor albus, ein anderer an einer „Wasserkugel im Kopf". Bis auf diese Difformität ist das Kind körperlich und geistig seinem Alter entsprechend entwickelt. Bei genauer Untersuchung findet man ausser den eben genannten Höckern noch andere und zwar beiderseits über den Scheitelbeinen, über dem Ohre und am Hinterhaupte. — Im Anschluss an diese Demonstration wird ein Schädel gezeigt, der wahrscheinlich dieselbe Anomalie aufweist. Man sieht an demselben einen ungeheuren Vorsprung. Auf dem Durchschnitt findet man die innere Wand durchaus normal. Es handelt sich also einfach um eine voluminöse, regelmässige Exostose. Rabow (Berlin).

III. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 25. Mai 1883. (Originalbericht.)

304) **Nathan Weiss:** *Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Tetanie.*

Der Vortragende macht zunächst auf das so häufige Auftreten der Tetanie nach Kropfexstirpation aufmerksam, und stellt 13 derartige Fälle zusammen. Immer handelt es sich um jüngere weibliche Personen und um totale Kropfexstirpation. 3 mal traten die Erscheinungen der Tatanie am ersten Tage nach der Operation auf, niemals nach dem 10. Tage. 5 mal kam es zur Heilung; 7 mal trat in Folge der Tetanie der Tod ein und in einem Falle besteht die Tetanie seit nahezu 3 Jahren.

W. glaubt zur Erklärung dieses unleugbaren Zusammenhanges zwischen Kropfexstirpation und Tetanie die Anschauung nicht vollständig zurückweisen zu dürfen, dass die durch Unterbindung der Art. thyreoideae inf. gesetzte Steigerung der Blutzufuhr zu den Vertebralarterien eine Hyperämie der medulla und damit die Tetanie erzeugen könne; von grösserer Bedeutung aber erscheint ihm der Umstand, dass durch die bei der Operation nothwendige Unterbindung so vieler Gefässe ein Reiz auf zahlreiche periphere sympathische Nerven und damit eine Erregung der Gefässcentren des Halsmarkes und der Medulla oblongata erzeugt wird, in Folge deren sich ein Reizzustand in der grauen Substanz dieser Gegend einstelle.

Es ist dem Vortragenden auch gelungen in 3 Fällen von Tetanie anatomische Veränderungen im Rückenmarke aufzufinden, welche er als den Ausdruck eines Reizzustandes der Vorderhornzellen auffasst. In jenem Falle, welcher am längsten (mehr als 3 Monate) gedauert hatte, war dieser pathologisch anatomische Befund am deutlichsten ausgesprochen: Schwellung der Ganglienzellen mit Lateralstellung des Kernes, Vacuolenbildung in den Zellen, Atrophie derselben, Verlust der Protoplasmafortsätze u. s. w. Besonders deutlich waren diese Veränderungen in der Gegend der 5.—6. Cervicalwurzel.

Durch diesen Nachweis anatomischer Veränderungen im Rückenmarke ist man in die Lage versetzt die Tetanie nicht mehr als Neurose zu bezeichnen, sondern dieselbe unter die Erkrankungen der grauen Rückenmarksubstanz einzureihen. Obersteiner (Wien).

IV. Psychiatrische Gesellschaft zu St. Petersburg.

Sitzung vom 9. Mai 1883. (Originalbericht.)

305) Docent **Bechterew** hielt einen Vortrag: *„Ueber die Functionen der Vierhügel."* Redner hat eine ganze Reihe von Versuchen an Fröschen, Vögeln, Hühnern, Kaninchen und Hunden angestellt, um die Function der Vierhügl und deren Bedeutung für die Gehirnthätigkeit überhaupt, zu studiren.

Die Zerstörung der Zweihügel bei Fröschen und Vögeln ergab folgende Resultate. Nach isolirter beiderseitiger Zerstörung der Zweihügel erscheint völlige Erblindung beider Augen, wobei aber die Pupillen keine Veränderungen erleiden, das Gleichgewicht des Körpers nicht gestört wird und die Thiere durch verschiedene Hautreize zum Schreien gebracht werden können. Zerstörung eines der Zweihügel producirt bei den Vögeln Erblindung des contralateralen Auges; in beiden Fällen kann das Sehvermögen, doch nie vollständig, wiederkehren: dieses erklärt Redner dadurch, dass gewisse Theile der Zweihügel bei der Operation nur verletzt, aber nicht total zerstört werden und nach einiger Zeit wieder functionsfähig werden können.

Ist die Zerstörung der Zweihügel nicht vollkommen, so wird (entgegen der Ansicht von Flourens) von Anfang an keine Erblindung, sondern nur ein Defect im Sehfelde des contralateralen Auges beobachtet, welcher sich alllmälig derart verringern kann, dass er durch die objective Untersuchung nicht mehr nachzuweissen ist. Auf Grund dieser Versuche glaubt Redner schliessen zu können, dass gewisse Theile der Zweihügel bei Vögeln bestimmten Abschnitten der Netzhaut im Auge der entgegengesetzten Körperhälfte entsprechen und dass auch in den Zweihügeln ein Sehfeld, wie es in der Rinde der Grosshirnhemisphäre besteht (Ferrier und Munk), sich befinde.

Zerstörung der Vierhügel bei Hunden ergab folgende Resultate. Möglichst vollständige Vernichtung der beiden vorderen Vierhügel ruft immer eine complete Erblindung auf beiden Augen hervor, sie reagiren aber noch gut auf Licht, wenn die Verletzung nach unten den Aquaeductus Sylvii nicht überschreitet. Wird nur einer der vordern

Vierhügel verletzt, so erblindet weder das eine, noch das andere Auge; eine genauere Untersuchung aber ergiebt das Vorhandensein einer Hemianopsie auf beiden Augen, wobei der Defect auf der, der Verletzung entgegengesetzten Seite auftritt. Dasselbe Resultat erhielt Redner bei seinen frühern Versuchen mit Durchschneidung des tractus opticus. Beschränkte sich die Läsion auf den innern Theil eines vordern Vierhügels, so kann das Sehvermögen des contralateralen Auges mit der Zeit sich wieder herstellen, nur bleibt ein Defect im innern Theil des Sehfeldes (unilaterale Hemiopie). Dringt das Instrument in die mittlere Region zwischen beide Vierhügel ein und verletzt den innern Theil dieser letztern, so kann bei den operirten Thieren eine nasale Hemianopsie in beiden Augen auftreten. Verletzung eines hintern Vierhügels bringt keine Sehsstörung im gleichnamigen, wohl aber eine temporale Hemianopsie im ungleichnamigen Auge hervor. In allen diesen Fällen, wenn die Läsion gehörig begrenzt, die tiefer liegende Theile nicht verletzt hat, werden keine auffallende Veränderungen an den Pupillen und in der Stellung der Augäpfel beobachtet, auch werden, wenn die Fasern des vordern Kleinhirnschenkels heil blieben, keinerlei motorische Störungen beobachtet, das Körpergleichgewicht leidet gar nicht. Die Thiere verloren nach Zerstörung sowohl der vordern, als auch der hintern Vierhügel nie die Fähigkeit Laute von sich zu geben, wenn auch auf verschiendene Weise schmerzhafte Reize applicirt wurden.

Redner vervollständigte seine Mittheilung, indem er Zwei- und Vierhügel bei Tauben und Hunden elektrisch reizte, wobei verschiedenartige krampfhafte Bewegungen des Rumpfes auftraten, welche theilweise auf Reizung der Fasern der vordern Kleinhirnschenkel, theils auf Reflexerscheinungen beruhen.

Zum Schlusse negirt Redner das Vorhandensein in den Vierhügeln von besondern Centren für die Bewegungen der Iris (Flourens und Budge) und für die coordinirten Augenbewegungen (Adamück). Ebensowenig ist die Annahme von Coordinationscentren in den Vierhügeln zulässig, welche das Gleichgewicht des Körpers erhalten (Serres, Gayrade, Goltz, Ferrier u. A.) auch nicht die von besonderen Centren für Gefühlsäusserungen.

Redner ist der Ansicht, dass Zwei- und Vierhügel nur in Beziehung zum Sehen stehen und dass durch diese Centren gewisse, durch Gesichtseindrücke hervorgerufene Reflexe weiter leiten können.

Hinze (St. Petersburg).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

306) Aus Paris. Bei der in erschreckendem Maasse zunehmenden *Morphiomanie,* deren Opfer in den Irren-Häusern nicht mehr zu zählen sind, darf es nicht wundern, wenn die Verurtheilung eines Apothekers wegen Verabreichung unsinniger Dosen von Morphium grosses Anfsehen erregt. Der

Kläger war ein Herr Junot, dessen Frau in Folge häufigen und übertriebenen Genusses von Morphium zuerst so unzurechnungsfähig geworden war, dass sie in Mode-Magazinen Diebstähle beging und auf ärztliches Gutachten freigesprochen wurde, endlich aber als blödsinnig in einer Irrenanstalt untergebracht werden musste. Der Apotheker Armand Vassy hatte ihr in Zeit von siebzehn Monaten auf bloss zwei Recepte hin 693 Gramm Morphium für eine Summe von 1650 Franken, die er später von dem Manne verlangte, geliefert. Der Forderung des Letzteren auf 20,000 Franken Schadenersatz wurde von dem Zuchtpolizeigerichte nur im beschränkten Maasse entsprochen und Vassy wegen Verkaufes giftiger Substanzen zu acht Tagen Gefängniss, 1000 Franken Busse und 2000 Franken Entschädigung an Junot verurtheilt.

307) Aus Hamburg. Die vierte Konferenz für Idioten-Heil-Pflege wird vom 4. bis 6. September d. J. in Hamburg abgehalten werden. Auf den 6. Sept. ist ein Besuch der Alsterdorfer Anstalten angesetzt.

Von längeren Vorträgen ist Abstand genommen. Die Thesen aber, die man zur Diskussion stellen möchte, Wünsche in Betreff zu besprechender Gegenstände u. s. w. sind bis zum 25. Juni d. J. an den Vorsitzenden, Direktor Dr. Sengelmann, Alsterdorf bei Hamburg, gefälligst einzusenden.

308) Aus Baden-Baden. Am 16. und 17. Juni wird hier die VIII. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte tagen.

309) Aus Würzburg. An Stelle von Rieneckers ist für den Lehrstuhl der Psychiatrie Grashey, Director der Irrenanstalt in Deggendorf in Vorschlag gebracht.

V. Neueste Literatur.

57. Pierson, Ueber Polyneuritis acuta (multiple Neuritis) Volkm. Sammlung kl. Vortr. S. 229.
58. Dreyfous, Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré. Paris. 175 pag. 3 fr. 50.
59. Marie, Contr. à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la Maladie de Basedow. Paris. 86 pag.
60. Bourneville, Recherches cliniques et therapeutiques sur l'Epilepsie et l'hysterie. Paris. 200 pag.
61. Preussische Statistik (amtlich) LVIII. Die Irren - Anstalten im preussischen Staate 1877, 1878, 1879. Berlin gross Fol. 219 pag.
62. Maeder, Vier und zwanzigste statist. Nachricht über das Genesungshaus zu Roda pro 1882 (Herzogth. Sachsen). Enthält keine Angaben über die Erfolge.
63. Barthold, Drei und zwanzigster Bericht über „Hephata“, evangel. Heil- und Pflege - Anstalt für blödsinnige Kinder Rheinl. u. Westph. pr. 1882. Enthält drei kurze ärztliche Bericht von Dr. Wolf (2 Sectionen ohne Maass- und Gewichtsangaben von Schädel und Gehirn.

64. Heuser, Bericht über die Verwaltung der Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Eichberg pro 1./4. 81 bis 31./3. 82.
65. Wildermuth, Mittheilungen aus der Abtheilung für Epileptische der Heil-Pflege-Anstalt Schloss Stetten. Sep.-Abdr. aus. d. Zeitschr. für das Idiotenwesen 1883. 4 u. 5.
66. Duplay, Leçons sur les traumatismes cérébraux. Paris 8⁰. 46 pag. 2 fr.
67. Dartigues, Guerison de la rage. Paris 8⁰. 61 pag. 1.50 fr.
68. Vovard, Traitement de la meningite des enfants. Paris 8⁰. 54 pag. 2 fr.
69. Unverricht, Experimentelle u. klinische Untersuchungen über die Epilepsie. Habilitationsschrift. Breslau 1883.
70. Dalhof (Pfarrer), Unsere Gemüthskranken. Aus dem Dänischen übersetzt von A. Michelsen. Karlsruhe 1883. 206 pag.
71. Lee, Homicide and Suicide in the city and county of Philadelphia, von 1871—1881. Philadelph. 1883.
72. Stintzing, Ueber Nervendehnung. Mit 3 Taf. Leipzig, Vogel 1883.
73. Burger, Die Nebennieren und der Morbus Addison. Berlin. Hirschwald. 56 pag. M. 1.20.
74. Duval, Leçons sur la physiologie du système nerveux (sensibilité) recueillies par F. Dassy. Paris. 8⁰. 138 pag. 30 fig. 3 fr.
75. Holst, Die Behandlung der Hysterie, der Neurasthenie etc. Stuttgart. II. Aufl. (unveränderter Abdruck der I. Aufl.!)
76. Gad, Ueber Erziehung und Abrichtung vom Standpuncte der Nervenphysiologie. Würzburg. XVI. 31 pag. 45 Pfg.
77. Anjel, Grundzüge der Wassercur und chron. Krankheiten. Berlin. 89 pag. M. 1.60.
78. Maienfisch, Die Kaltwasseranwendung im Hause und in der Anstalt. Basel. 72 pag. M. 1.
79. Deniau, De l'hystérie gastrique. Paris. 8⁰. 190 pag. 4 fr.
80. Zenner, General paralysis. Reprinted from the Cincinnati lancet and clinic. November, 1882. 8⁰. 9 pages. Cincinnati 1883.
81. Zenner, Aphasia with details of interesting cases. 8⁰. 9 pag. Cincinnati, 1883.
82. Blache, Les céphalalgies de croissance. Paris. 8⁰. 20 pag.
83. Byrom-Bramwell, Maladies de la moelle épinière. Ouvrage traduit de l'anglais sur la dernière édition par MM. Poupinel et Thoinot. 8⁰. 352 pag. 151 grav. 14 fr.
84. Ball, Leçons sur les maladies mentales. Le cinquième fascicule. 8⁰, 196 pag. Pris de l'ouvrage complet: 20 fr.
85. Letulle, Troubles fonctionnels du pneumo-gastrique. 8⁰., 268 pag. 4 fr. 50.

Thèses de Paris.

86. Dechamps, Contr. à l'étude des atrophies musculaires à distance, appelées encore atrophies réflexes.
87. Gerente, Le délire chronique.
88. Trousseau, De l'elongation du nerf nasal dans le traitement du glaucome.
89. David, Essai sur les alterations fonctionelles et organiques de l'appareil de la vision, survenant sous l'influence combinée de l'alcool et du tabac.
90. Gougelet, Du tremblement.

91. Bonieux, De la chute des ongles, et des douleurs névralgiques dans l'ataxie locomotrice et dans le diabète.
92. Jacquemin, De l'élongation dans l'ataxie et les affections médullaires.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. d. Saale (Prov.-Irren-Anst.) II. Arzt, 1. Juli, 3000 M., freie Fam.-Wohnung, Garten etc. 2) Merzig, Assistenzarzt, 1200 M. fr. Stat. 3) Owinsk, (prov. Irr.-Anst. Posen) a) Director; Meld. an den Oberpräsidenten Herrn von Guenther in Posen. b) Assistenzarzt baldigst; 2000—2500 M. jährlich nebst freier Wäsche. Meldung an die Direction. 4) Blankenhain (Grossherz.-Sachsen) Assistenzarzt 1. Juli. 600—900 M. freie Station, Praxis in der Stadt. 5) Eichberg (Nassau), Director, Meldung an den Landesdirector Herrn Sartorius in Wiesbaden. 6) Die Kreisphysicate: Düren (Aachen), Greifenhagen (Stettin), Naugard (Stettin), Paderborn (Minden), Schroda (Posen), Wetzlar (Koblenz), Soest (Arnsberg).

Besetzte Stelle. Bonn (Prov.-I.-Anst.) Volontairarzt, Herr Dr. Friedmann aus Görlitz.

Ernannt. Dr. Rheinen zu Blankenstein zum Physicus des Kreises Lippstadt. Dr. Bauer in Coesfeld zum Phys. daselbst. Dr. Schwaab in Werneck zum Director der Irren-Anstalt Karthaus-Prüll.

Ehrenbezeugung. Kreisphys. Dr. Meder in Altenkirchen zum Sanitätsrath.

Correspondenz der Redaction.

Auf die in letzter Zeit von verschiedenen Seiten eingelaufenen Beschwerden über verspätete Zustellung der durch den *Buchhandel* abonnirten Exemplare des Central-Blattes kann nur mit dem Hinweise darauf geantwortet werden, die Reclamationen bei der Abonnementsstelle anzubringen; fernerhin aber statt bei einer Buchhandlung **bei der Post zu abonniren.**

Bei jeder Postanstalt des In- und Auslandes ist das Abonnement ausführbar und die auf diesem Wege bestellten Nummern sind höchstens 2 Tage nach Ausgabe regelmässig in den Händen des Abonnenten, während auf dem Wege der Buchhändlerbestellung oft 8, selbst 14 Tage bis zum Empfang vergehen. —

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 1. Juli 1883. Nro. 13.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Professor Dr. J. W. Runeberg: Ein Fall von ausgebreiteter Myokarditis mit plötzlicher Herzlähmung kurz nach einer subcutanen Morphiuminjection.

II. REFERATE. 310) Klausner: Das Rückenmark des Proteus anguineus. 311) J. Woischwillo: Ueber das Verhältniss des Kalibers der Nerven zur Haut und den Muskeln des Menschen. 312) Jänicke: Zur Physiologie der Grosshirnrinde 313) v. Monakow: Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Corpus restiforme, des „äusseren Acusticuskerns" und deren Beziehungen zum Rückenmark. 314) Victor Urbantschitsch: Ueber den Einfluss von Trigeminusreizen auf die Sinnesempfindungen. 315) Leyden: Ueber die Thrombose der Basilar-Arterie. 316) N. Reisinger: Zur Lokalisation der Funktion des Grosshirns. 317) Gustav Gürtler: Ueber Veränderungen im Stoffwechsel unter dem Einfluss der Hypnose und bei der Paralysis agitans. 318) Laschkewicz: Hydrops ventriculorum cerebri et tumor cerebelli. 319) Burger: Die Nebennieren und der Morbus Addison. 320) B. Riedel: Nervenverletzung der linken unteren Extremität. Rapide Destruction des linken Kniegelenkes durch Gehversuche. 321) Winternitz: Ein Beitrag zu den Motilitätsneurosen des Herzens 322) Ernst Lehmann: Drei Fälle von Gelenkneurosen. 323) Hughes Bennet: Abhandlung über Elektro-Diagnostik bei Krankheiten des Nervensystems. 324) Th. Stein: Die allgemeine Elektrisation etc. 325) H. Obersteiner: Der chronische Morphinismus. 326) A. Erlenmeyer: Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. 327) Adolf Kühn: Ueber epileptiforme Hallucinationen. 328) Jakob Weiss: Das Chloralhydrat in der psychiatrischen Praxis. 329) Jos Perretti: Gynäkologische Behandlung von Geistesstörungen. 330) Jeo H. Savage: Heirath Neuropathischer. 331) G. Buccola: Die Reflexzeit der Pupillenerweiterung in der progress. Paralyse. 332) Fritz Siemens: Zur Frage der Simulation von Seelenstörung. 333) Anton Kádár: Beitrag zur Pathologie der epileptischen Geisteskrankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der gerichtsärztlichen Praxis. 334) S. Fritsch: Gerichtsärztlicher Bericht über einen Fall von primärem Schwachsinn.

III. VEREINSBERICHTE. 335) Richter: Ueber einen Fall von dreimaliger Blutung in ein Gehirn. 336) Falk: Heilung langjähriger Geisteskrankheit. 337) Julius Böcke: Ueber Gleichgewichts-Störungen und nervöse Affectionen bei Erkrankungen des Cavum Tympani.

IV. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Ein Fall von ausgebreiteter Myokarditis mit plötzlicher Herzlähmung kurz nach einer subcutanen Morphiuminjection.

Von Professor Dr. J. W. RUNEBERG in Helsingfors.

Im Laufe des October 1882 wurde ich von einem russischen Ingenieurofficiere wegen schmerzhafter Anfälle in der Herzgegend zu Rathe gezogen. Er gab an vor 4 Jahren während einiger Wochen an anfallsweise auftretenden Schmerzen in der Herzgegend gelitten zu haben. Seitdem habe er nichts mehr von denselben gespürt und sich vollkommen gesund gefühlt. Als Ingenieur war er

oft in starker Bewegung gewesen, ohne auf irgend eine Weise davon Beschwerden gehabt zu haben. Ausserdem war er eifriger Jäger, hatte aber unter den Strapazen der Jagd durchaus nicht gelitten. Ungefähr eine Woche oder mehr, bevor er mich aufsuchte, waren wieder Schmerzanfälle in der Herzgegend aufgetreten, welche in die rechte Schulter und Arm ausstrahlten und sich nach Pausen von wenigen Tagen wiederholten. Den Tag vorher hatte er wieder einen Anfall gehabt, fühlte sich jedoch, als er mich aufsuchte, vollkommen wohl.

Er war ohne Beschwerden, wenn auch aus Vorsicht langsam, die 2 Treppen zu meiner Wohnung hinaufgestiegen.

Pat. war ein untersetzter, kräftig gebauter, wohlbeleibter Mann von ungefähr 40 Jahren und in jeder Beziehung frisch und gesund aussehend. Die Untersuchung des Herzens liess keinerlei Abnormitäten erkennen. Die Grösse desselben war die gewöhnliche, die Töne rein, wenn auch etwas schwach, die Frequenz der Schläge 80 bis 90 — wie eben erwähnt hatte Pat. kurz vorher 2 Treppen erstiegen — der Rhythmus regelmässig; der Puls etwas weich und klein. Ueber der Aorta kein Sausen noch Dämpfung des Percussionstones zu finden.

Unter solchen Umständen war es unmöglich mit einiger Sicherheit anzugeben, worauf des Pat. Anfälle von Angina pectoris beruhten; es erschien jedoch wenig wahrscheinlich, dass irgend ein schweres organisches Leiden des Herzens vorlag, da Patient auch früher solche Anfälle gehabt, aber während 4 Jahre, ungeachtet einer beweglichen Lebensweise, nicht das geringste davon gespürt hatte. Eher konnte man an eine nervöse Affection denken. Die regelmässige, nur wenig beschleunigte Herzthätigkeit und der normale, wenn auch etwas weiche und kleine Puls schienen diese Auffassung noch zu unterstützen.

Als Pat. mich verliess, fühlte er sich vollkommen wohl. Er war aber noch nicht zum Hafen gelangt, um mit dem Boote nach der einige Kilometer von Helsingfors entfernten Inselfestung Sveaborg zurückzukehren, als er von einem neuen Anfalle ergriffen wurde, der alle vorhergegangenen an Heftigkeit weit übertraf. Liegend wurde er im Boote nach Sveaborg gebracht, in seine Wohnung getragen und zu Bette gelegt.

Am folgenden Tage Nachmittags wurde ich hinzugerufen. Als ich bei ihm eintraf, ungefähr 24 Stunden nach seinem Besuche bei mir, lag er, sich unruhig im Bette wälzend, von starken Schmerzen in der Herzgegend gequält, welche ihn die ganze Zeit über nicht verlassen hatten. Alle angewandten Mittel waren ohne Erfolg geblieben. Der Puls war schwach, etwas unregelmässig. Keine Cyanose bestand.

Um den Pat. zu beruhigen und ihn von den schwersten Schmerzen zu befreien und zugleich eine genauere Untersuchung möglich zu machen, beschloss ich eine subcutane Morphiuminjection zu appliciren. Am Vormittage war ihm schon eine kleinere Dosis Morphium — ich konnte nicht erfahren wie gross — von einem dortigen Militairarzte eingespritzt worden, ohne dass Pat. eine Wirkung davon gespürt. Da ich hierdurch darüber beruhigt war, dass keine besondere Empfindlichkeit gegen dieses Mittel vorlag, spritzte ich eine knappe halbe Spritze Liquor Chloreti morphici ein, entsprechend $^1/_4$ Gran Chlormorphin.

Ich blieb am Bette sitzen mit dem Kranken mich unterhaltend. Nach 3—4 Min. bemerkte er, dass die Schmerzen nicht merklich abnehmen, dass er aber beginne Uebligkeiten zu empfinden. Eigentliche Brechbewegungen stellten sich

jedoch nicht ein. Ein bis zwei Min. später zuckte Pat. plötzlich heftig zusammen, schlug die Augen auf, wobei die Pupillen sich in hohem Grade erweiterten, und war todt. Nur einige tiefe seufzerartige Athemzüge folgten noch in langen Zwischenpausen.

Den folgenden Tag vollzog ich zusammen mit Dr. med. Holmberg die Nekropsie. Dabei erwiesen sich die Coronararterien des Herzens von einer in hohem Grade ausgebreiteten Sklerose ergriffen. Ein Theil der Zweige war fast ganz und gar undurchgängig. An der hinteren Wand der linken Herzkammer war die Muskulatur auf einer Stelle von ungefähr 3 Cm. im Durchmesser fast ganz und gar geschwunden und durch eine schwielige Bindegewebsmasse ersetzt. Im Uebrigen war ein grosser Theil der Herzmuskulatur der linken Herzkammer fleckig und theils mit narbigen Bindegewebsstriemen, theils mit gelben und röthlichen Stellen von geringer Consistenz durchzogen. Nur längs dem linken Rande des Herzens hatte die Muskulatur auf einer kleinen Strecke ein gesundes Aussehen. Das Herz war in geringem Grade erweitert; die Klappen von normaler Beschaffenheit. Die Aorta verhältnissmässig unbedeutend atheromatös. Die grossen Gefässe im Uebrigen gesund.

Bemerkenswerth sind in diesem Falle die im Verhältniss zur hochgradigen Degeneration der Herzmusculatur vergleichsweise unbedeutenden Symptome, wenn man den letzten Anfall ausnimmt. Es kann wohl kaum bezweifelt werden, dass die Sklerose in den Coronararterien und die recht bedeutenden Bindegewebsschwielen in der Herzmusculatur noch aus der Zeit herstammen, da Pat. vor 4 Jahren seine ersten Anfälle von Angina pectoris hatte. Aber dessen ungeachtet hatte er sich mehrere Jahre hindurch vollkommen wohl gefühlt. Die mehr ausgebreiteten Degenerationen, Veränderungen der Musculatur, welche sich durch gelbes und rothfleckiges Aussehen, geringere Consistenz zu erkennen gaben, waren mehr acuter Art und lagen wahrscheinlich den in letzter Zeit auftretenden Anfällen zu Grunde.

Die Ursache des bei verhältnissmässig so jungen Jahren auftretenden hochgradigen Degenerationsprozesses in den Coronararterien und der Herzmusculatur ist etwas dunkel. Die Fettpolster waren besonders reichlich entwickelt nicht nur im Unterhautzellgewebe, sondern auch um das Herz herum und in der Bauchhöhle. Die Umgebung verneinte jedoch auf das Bestimmteste, dass Spirituosen in grösserer Menge genossen worden. Ebenso wenig soll Patient an Lues gelitten haben. Er war verheirathet und hatte mehrere Kinder, das jüngste einige Jahre alt, das älteste 12—13. Gleichwohl erscheint es wahrscheinlich, dass eine dieser Grundursachen vorhanden gewesen, da anders ein so hochgradiger Degenerationsprozess bei einem 40 jährigen Manne sich schwer erklären lässt.

Vor allen Dingen zieht jedoch die plötzlich eingetretene Herzlähmung unsere Aufmerksamkeit auf sich. Lässt sich diese in irgend welchen causalen Zusammenhang mit der kurz vorher gemachten Morphiuminjection bringen, oder war der Zusammenhang nur ein rein zufälliger?

Im Allgemeinen üben ja das Opium und seine Alkaloide bekanntlich einen vergleichsweise geringen Einfluss auf das Herz und

den Circulationsapparat. In gewöhnlichen medicinalen Dosen gegeben rufen die Opiate nur einen verminderten Tonus in den periferen Arterienverzweigungen hervor und eine mässige Beschleunigung der Herzthätigkeit, wie Gscheidlen bewiesen, in Folge von Reizung der musculomotorischen Ganglien. Bei sehr grossen Dosen wird die Herzthätigkeit anfangs auch beschleunigt, aber bald darauf tritt eine Verlangsamung derselben ein, beruhend auf Reizung der Hemmungsapparate im Gehirn und Herzen. Noch später tritt nach grossen Dosen eine Lähmung der musculomotorischen Ganglien ein, wodurch die Herzthätigkeit sowohl verlangsamt, als auch geschwächt wird und schliesslich kann sie ganz und gar aufhören.

Auf Grund dieses Verhaltens kann man überhaupt ohne Bedenken Morphium in mässigen Dosen anwenden, auch wo sich eine Herzaffection vorfindet. Die meisten Autoren empfehlen auch die Anwendung von Morphiuminjectionen bei Angina pectoris, besonders wenn die Anfälle im Verein mit vasomotorischen Störungen auftreten. Ich habe nirgend irgend welche unangenehmen Zwischenfälle dabei veröffentlicht gefunden noch irgend welche Warnung zur besonderen Vorsicht in ähnlichen Fällen. Ebenso wenig habe ich in der Literatur irgend welche Angaben gefunden über durch Morphiumeinspritzungen hervorgerufene Störungen der Herzthätigkeit oder plötzliche Herzlähmung wie in diesem Falle. Aber ein viel erfahrener Praktiker hier in der Stadt hat mir einen ganz ähnlichen Fall mitgetheilt, wo der Tod während des Anfalles plötzlich eintrat nach einer noch viel geringeren Dosis Morphium.

Es scheint unmöglich mit Sicherheit anzugeben in wie weit die Herzlähmung in unserem Falle durch die Morphiuminjection hervorgerufen worden oder ob sie ganz unabhängig davon eingetreten. Das erstere erscheint jedoch wahrscheinlicher. Gewiss waren die Veränderungen im Herzen von solcher Art und Entwickelung, dass eine plötzliche Herzlähmung jedenfalls jeden Augenblick zu erwarten stand. Aber da sie grade in dem Augenblicke eintrat, wo das Morphium zu wirken begann, so erscheint es doch wahrscheinlich, dass sie auf irgend eine Weise vom Morphium beeinflusst gewesen. Indess kann die Herzlähmung in diesem Falle nicht als analog angesehen werden mit der Lähmung der musculomotorischen Ganglien, die nach grossen Dosen Morphium eintritt. Denn diese macht sich geltend in einem viel weiter vorgeschrittenen Stadium der Morphiumwirkung. Ebenso wenig kann sie in einem Zusammenhange stehen mit den Synkopeartigen Anfällen, die man bisweilen nach Einspritzung von Morphium direct in die Venen beobachtet, denn diese treten sofort auf, wenige Secunden nach der Injection, nicht wie hier ungefähr 5 Min. später.

Jedenfalls mahnt ein solcher Fall, wie der hier berichtete, zur Vorsicht bei der Anwendung von Morphiumeinspritzungen bei diesen Formen von Myokarditis mit Anfällen von Angina pectoris, bei welchen ja überhaupt beständig die plötzliche Herzlähmung droht und jeden Augenblick eintreten kann.

II. Referate.

310) **Klausner:** Das Rückenmark des Proteus anguineus. (Abh. d. Kgl. bayr. Ac. d. Wiss. II. Cl. XIV. B. II. Abth.)

Verf. kommt zu dem Schlusse, dass das Mark des erwachsenen Olmes in seinem hystologischen Bau, auf den hier nicht detailirter eingegangen werden kann, den embryonalen Character des Markes der höheren Wirbelthiere in ausgeprägterem Grade zeige, als von irgend einem anderen Vertebraten bekannt ist.

Besondere Erwähnung verdient des Verf. Anschauung, dass dem mächtigen Epithel um den Centralkanal des Proteus die Bedeutung eines centralen Nervenapparates zu komme. Vorzüglich sind es zwei Umstände, welche ihn zu dieser Auffassung hindrängen:

1. Die Fasern der vordern Commissur treten zum Theil und zwar wahrscheinlich zum grössten Theil in das Epithel des Centralcanals ein.

2. Von diesem Epithel geht jederseits dorsalwärts ein Bündel von Fasern ab, welches sich den hinteren Wurzelbündel anschliesst.

Obersteiner (Wien).

---

311) **J. Woischwillo:** Ueber das Verhältniss des Kalibers der Nerven zur Haut und den Muskeln des Menschen. (Inaug. Diss. russisch. 8°. 56 S. St. Petersburg 1883.)

Vorliegende fleissige Arbeit ist nach neuen von Prof. Lesshaft angegebenen Methoden unter Leitung desselben und Prof. Sawarykius ausgeführt und leitet zu folgenden Schlüssen.

1. Die Muskeln des Augapfels, welche als Typus von rasch und gewandt wirkenden Muskeln dienen können, sind im Verhältniss zur Zahl der Muskelfasern am reichlichsten mit Nerven versorgt.

2. Die Muskelgruppen der oberen Extremität stehen in dieser Hinsicht in der Mitte zwischen den Muskeln des Augapfels und der unteren Extremität.

3. Die Muskeln der unteren Extremität weisen die grössten Unterschiede auf in Bezug auf das Verhältniss der Nervenfasern zu den Muskelfasern; so steht der m. sartorius mit einem Verhältniss von 1:16 auf gleicher Linie mit den Augenmuskeln, während der m. gastrocnemius cum Mm. soleo et plantare longo mit einem Verhältniss von 1:2273 nervenärmer ist als irgend einer der untersuchten Nerven auch nur annährend.

4. Die Haut der oberen Extremität ist dreimal reicher an sensiblen Nervenfasern als die der unteren.

5. Die Zahl der sensiblen Nervenfasern im Verhältniss zum Quadratinhalt der Haut vermehrt sich zur Peripherie hin an beiden Extremitäten, besonders deutlich an den unteren.

6. Die Anzahl der sensiblen Fasern ist an der Palmarfläche der Hand 11 Mal grösser als am Vorderarme und 19,5 Mal grösser als am Oberarme; die Fusssohle ist um 4 Mal reicher an sensiblen Nervenfasern als der Unterschenkel und 14 Mal reicher als der Oberschenkel.

Buch (Helsingfors).

312) Jänicke (Breslau): Zur Physiologie der Grosshirnrinde. (Centralblatt für klin. Medicin 1883. Nro. 11.)

Verf. konnte durch eigene Untersuchungen die Angaben Ferrier's und Munk's bestätigen und schliesst sich in Bezug auf die Bedeutung der psychomotorischen Centren der Ansicht Munk's an. Bemerkenswerth ist der Befund, dass man bei den Regionen der Rinde welche doppelseitige Muskelgruppen versorgen, im Stande ist die Centren für jede einzelne Hälfte gut auseinander zu halten und dass die betreffende Rindenpartie hauptsächlich mit der gleichseitigen Muskelgruppe in Verbindung steht. Für die Extremitäten ist die Kreuzung die Regel. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass jede Hirnoberfläche mit den Muskeln beider Seiten in Connex steht resp. die andere Hirnoberfläche vikariirend eintreten kann.

Eickholt (Grafenberg).

---

313) v. Monakow (St. Pirminsberg): Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Corpus restiforme, des „äusseren Acusticuskerns“ und deren Beziehungen zum Rückenmark. (Arch. f. Psych. XIV. 1. p. 1.)

Verf. untersucht die Zusammensetzung des Strickkörpers und die Faserbeziehungen des Deiter'schen Kerns (sog. äusseren Acusticuskerns) durch Thierexperiment nach der Gudden'schen Methode. Er durchschnitt beim neugeborenen Kaninchen die linke Rückenmarkshälfte hart unter der Pyramidenkreuzung, tödtete das Thier nach 6 Monaten und legte continuirliche Schnitte von der Verletzungsstelle bis hinauf in die Ebene des corpus geniculatum externum an. Durch Musterung der aufsteigenden Degeneration constatirte Verf. 3 hauptsächliche Fasersysteme des Strickkörpers: *ein inneres*, gebildet durch aus dem Keilstrang tretende Fasern, *ein mittleres* durch die Kleinhirnseitenstrangbahn gebildet und *ein äusseres* das von Fasern gebildet wird, die aus der formatio reticularis und der contralateralen Olive (Fibrae arcuatae) stammen. — Aus dem Umstande, dass bei demselben Versuchsthier eine *bedeutende Atrophie des Deiter'schen Kernes* stattgefunden, zugleich aber *sämmtliche Acusticuswurzeln völlig intact geblieben* waren, konnte v. M. schliessen, dass — gegen die bisherige Annahme — irgend welche *enge Beziehungen zwischen dem genannten Kern* und dem *N. acusticus nicht bestehen.*

Erläuternde Abbildungen sind der Arbeit beigegeben.

Langreuter (Dalldorf).

---

314) Victor Urbantschitsch (Wien): Ueber den Einfluss von Trigeminusreizen auf die Sinnesempfindungen. (Pflüger's Archiv. XXX. S. 129.)

Verf. machte zuerst bei einem 70 jährigen Manne, der gleichzeitig mit einer Ohraffection und Verminderung des Gehörs eine Verdunkelung des Gesichtsfeldes mit auffälliger Abnahme des Sehvermögens erlitten hatte, die Beobachtung, dass während der Einführung eines Bougie durch den geschwellten Tubenkanal in die Paukenhöhle plötzlich ein Aufhellen des Gesichtsfeldes und bedeutende Verbesserung

des Sehvermögens erfolgte. Später beobachtete er noch mehrere Fälle, in denen eine beträchtliche und anhaltende Verbesserung des Sehvermögens nach Beginn der Ohrenbehandlung eintrat, was ihn veranlasste, der Frage experimentell näher zu treten. Unter 25 Fällen von Ohrenleiden zeigte sich das Sehvermögen in 21 Fällen während der Abnahme des Ohrenleidens gebessert. Die Besserung trat meist in den ersten Tagen der Behandlung ein und erhielt sich von da auf gleicher Höhe, in anderen Fällen aber besserte sich die Sehschärfe ungefähr proportional der Verbesserung des Ohrenleidens. Ferner vermochte ein einseitiges Ohrenleiden nicht nur das gleichseitige sondern auch das Auge der anderen Seite zu beeinflussen; die nach Behandlung des einseitigen Ohrenleidens eintretende Verbesserung der Sehschärfe machte sich sogar häufig am Auge der anderen Seite in beträchtlich höherem Grade geltend als am gleichseitigen; in anderen Fällen dagegen wurden wieder das Umgekehrte beobachtet. In einem Falle trat während der Abnahme einer einseitigen Ohrenentzündung eine Verschlimmerung der Sehschärfe am ungleichseitigen bei Verbesserung am gleichseitigen Auge ein. Weitere Versuche lehrten, dass verschiedene Reizeinwirkungen auf das äussere und mittlere Ohr zuweilen einen auffälligen Einfluss auf das Sehvermögen ausüben, der sich gewöhnlich in einer Steigerung mitunter in einer Verminderung der Sehschärfe äussert, und zwar können gleiche Reize auf das Ohr bei demselben Individuum einmal eine Verbesserung, ein ander Mal eine Verschlimmerung der Sehfunction bewirken. Die Intensität des Reizes schien auf die Grösse und Dauer des Erfolges von dem grössten Einflusse zu sein. Weiteres lehrten Untersuchungen über die Beeinflussung des Lichtsinnes, dass die Zunahme des Sehvermögens für die Schriftskalen sehr unverhältnissmässig bedeutender ausfiel, als dies bezüglich des Lichtsinnes der Fall war, sowie auch bei einem bedeutenden Unterschiede des Sehvermögens am rechten und linken Auge ein annähernd gleich stark entwickelter Lichsinn oder wenigstens ein bei Weitem geringerer Unterschied der Intensität des Lichtsinnes an beiden Augen vorkommen kann. Die Erhöhung des Lichtsinnes nach einer Lufteinblasung ins Mittelohr war meistens eine beträchtliche und zeigte sich nicht nur bei Kranken sondern auch bei Gesunden. Im Allgemeinen waren die pathologisch erkannten Veränderungen des Lichtsinnes auf Reizung des Ohres durchaus analog den mit Schriftskalen untersuchten oben geschilderten Veränderungen der Sehschärfe. Des Weiteren konnte Verf. sicherstellen, dass weder Veränderungen der Hörfähigkeit noch Schwankungen des Labyrinthdruckes noch endlich directe pathologische etwa von der Ohraffection abhängige Affectionen der Retina, Hyperämie und dergl. als Ursachen der besprochenen Alterationen des Sehvermögens zu betrachten sind. Dieselben können also wohl nur dadurch zu Stande kommen, dass der Gesichtssinn reflectorisch beeinflusst wird. Als den Reflex vermittelnder Nerv wurde der Trigeminus erkannt, indem auch eine Reizung der das Ohr nicht versorgenden sensiblen Trigeminusäste eine Steigerung des Lichtsinnes bez. des Sehvermögens in ähnlicher Weise veranlassen können wie dies bei

Irritationen der Trigeminuszweige im äusseren oder mittleren Ohre der Fall war. Als solche Reize dienten: Anblasen der Wange oder Nasenschleimhaut, elektrische Reizung, Riechen scharfer Stoffe. (Dass nur der Trigeminns den Reflex vermitteln soll ist nicht bewiesen; wenigstens ist durch des Verf. Versuche keineswegs ausgeschlossen, dass auch andere sensible Nerven ähnliche Reflexe auslösen können.) Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Beeinflussung des Lichtsinnes durch den Trigeminus wohl für die Lehre von der Reflexamaurose eine Stütze darbietet. Auch der Gehörsinn wie der Geruchssinn konnte durch Reizung des Trigeminus in ähnlicher Weise beeinflusst werden, wie der Gesichtssinn. Der Tastsinn besonders der Ohrmuschel, verhielt sich bei Krankheiten des Mittelohres häufig analog dem Gesichtssinne. Buch (Helsingfors).

---

315) **Leyden** (Berlin): Ueber die Thrombose der Basilar-Arterie. (Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. V.)

Zusammenstellung der Literatur und ausführliche Schilderung zweier Fälle, bei denen die Autopsie Verschluss der Basilararterie durch endarteritische Verdickung der Wand nachwies. Die Verstopfung der Arteria basilaris kommt entweder als Theilerscheinung der allgemeinen Arteriosclerose vor oder sie erfolgt (selten) durch Embolie, oder in Folge des syphilitischen Processes. Die letztere ist die wichtigste Ursache. Die Symptome sind 1. locale, welche auf die Erkrankungsherde im Pons und dessen Umgebung zu beziehen sind und 2. allgemeine Hirnsymptome, welche der Thrombose als solcher zukommen. Was die localen Symptome betrifft, so erscheint die Lähmung in der Mehrzahl der Fälle als Hemiplegie, nicht selten als Hemiplegia alternans d. h. Extremitätenlähmung auf der einen, Hirnnervenlähmung auf der andern Körperseite. Ein bemerkenswerthes Verhalten der Lähmung besteht darin, dass sie zuweilen plötzlich umspringt. Hierzu kommt noch die zwar seltene Affection des Acusticus, welche zur Taubheit führt und eine Sprach- und Schlinglähmung. Die erstere gehört zur Klasse der Articulationsstörungen. Zuweilen wird in den letzten Stunden oder Tagen eine Temperaturerhöhung bis 42° C. beobachtet. Die allgemeinen Hirnsymptomen mit denen sich die letzte Katastrophe einleitet bestehen in Stupor, Somnolenz, Delirien und Sopor. Das Krankheitsbild erhält auf diese Weise eine grosse Aehnlichkeit mit dem der Hirntumoren. In einem Falle wurde auch Stauungspapille beobachtet. Eickholt (Grafenberg).

---

316) **N. Reisinger:** Zur Lokalisation der Funktionen des Grosshirns. (Mittheilung aus dem St. Rochushospitale zu Mainz.) (Berl. kl. W. 1883. Nr. 14.)

Es handelte sich um eine umschriebene Verletzung der Grosshirnrinde (Trauma capitis) durch eingedrungene Knochensplitter. Dieselben wurden durch Trepanation entfernt. „Ein durch den vorderen Rand beider Tragi gelegter Frontalschnitt ging durch den Mittelpunct des Trepanloches und war vom oberen Rande des linken Tragus 7

von der Kreuzungsstelle des erwähnten Frontalschnittes mit der Sutur. sagittal. 8 ctm. entfernt. Bei 10 Trepanirungen an Leichen an genau der entsprechenden Stelle wurde 6 Mal *das hintere Ende der III. Stirnwindung* blossgelegt, die übrigen 4 Fälle vertheilten sich auf die *unteren Enden der vorderen und hinteren Centralwindung*". Die nach der Verletzung eingetretenen Symptomen waren: *Atactische und amnestische Aphasie. Parese des rechten Facialis. Parese der Daumenmuskeln und der Flexoren der übrigen Finger der rechten Hand. Herabsetzung der Sensibilität an der Dorsalseite des I. und II. Metacarpus rechterseits.* Verf. hebt die letztern Erscheinungen als besonders interessant hervor, da sie mit der Munk'schen Annahme in Einklang stehen, dass Rindenbewegungs- und Rindengefühllosigkeit sich decken. — Ausserdem bestanden allg. Convulsionen. — Der Fall ging in Heilung über. — Langreuter (Dalldorf).

---

317) **Gustav Gürtler** (Sagan): Ueber Veränderungen im Stoffwechsel unter dem Einfluss der Hypnose und bei der Paralysis agitans. Aus der Krankenabtheilung des Breslauer städtischen Armenhauses, Prof. Berger. (Arch. f. Psych. XIV. 1, p. 17.)

Nach dem Vorgange Zülzers bestimmte Verf. den Stoffumsatz nach dem relativen Verhältniss zwischen Stickstoff und Phosphorsäure im Urin. Er kam bei seinen hypnotisirten Individuen zu demselben Schlusse wie Zülzer bei normalen Menschen, betreffs der *Tagesschwankungen* des relativen Werthes der Phosphorsäure. Während des Vormittags war derselbe am niedrigsten, stieg dann an, um in den Stunden nach der Hauptmahlzeit die grösste Höhe zu erreichen (raschester Stoffwechsel). Dagegen war das normale Verhältniss des *geringsten* relativen Phosphorsäurewerthes *bei Nacht* bei den Personen die Tags über Stunden lang hypnotisirt gewesen waren, *umgekehrt.*

Anhangsweise referirt Verf. über Versuche, die er bei dreien an Paralysis agitans leidenden Individuen machte: es war die kürzlich von Chéron behauptete „Phosphaturie" (vermehrte Phosphorsäureausscheidung) gar nicht und die Polyurie nur in einem Falle zu erkennen. Langreuter (Dalldorf).

---

318) **Laschkewicz** (Charkow): Hydrops ventriculorum cerebri et tumor cerebelli. (Klinische Vorlesung.) (Internat. Klinik 1883 Nr. 3. russisch.)

14 jähriger Jude, von gesunden Eltern stammend und bis zu seinem 10. Lebensjahre immer gesund gewesen, wurde in diesem Alter, angeblich in Folge eines Schrecks epileptisch; die Anfälle traten Anfangs ein Mal monatlich, dann alle 2—3 Monate auf und verschwanden gegen das Ende des Jahres vollkommen. $1^1/_2$ Jahre darauf erschienen paroxysmenweise Kopfschmerzen, anfangs alle 2 Wochen, wurden aber in der Folge immer häufiger und heftiger. Sie begannen an der Stirn, verbreiteten sich über den ganzen Kopf und wurden constant von Erbrechen begleitet, das besonders leicht bei Bewegungen des Kopfes und beim Aufrichten aus der Rückenlage auftrat. Solche Paroxysmen von Kopfschmerz und Erbrechen traten bis zu 15 Mal

am Tage auf und hielten 4—5 Tage an; zuweilen waren mit ihnen Delirien verbunden. Ein derartiger Zustand dauerte ein Mal gegen 2 Monate, worauf der Kranke sich erholte, aber über Sehschwäche zu klagen anfing. Prof. Hirschmann constatirte Stauungspapille und Neuritis optica, vorzugsweise am rechten Auge. Die Untersuchung des Kranken ergab vollständige Unversehrtheit der musculären und cutanen Sensibilität, Abwesenheit jeglicher Lähmung oder Parese am centralen, wie am peripheren Nervensystem. Der Gang ist taumelnd, die Beine verwickeln sich gleichsam beim Gehen in einander, die Bewegungen der Unterextremitäten in der Rückenlage werden gut ausgeführt. Bewegungen des Kopfes nach vorn und hinten rufen Schwindel und Uebelkeit hervor, das Sehvermögen ist, wie schon erwähnt, sehr beeinträchtigt, die psychischen Functionen sind bis auf eine gewisse Gedächtnissschwäche normal, Delirien und Hallucinationen treten auch während der Anfälle von Kopfschmerz nicht auf. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle sind gesund, der Harn ohne Zucker und Eiweissgehalt, wird in normaler Menge entleert, die Körpertemperatur hält sich dauernd auf $37^0,4$, Puls durchschnittlich 80 in der Minute.

Prof. Laschkewicz stellte die Diagnose auf Ependymitis chronica cum hydrocephalo interno; im Jahre 1880 (Medizinski Westnick 1880. Nro. 1 u. 2) publicirte er mehrere Beobachtungen, welche mit dem hier beschriebenen Falle eine überraschende Aehnlichkeit hatten.

Der Kranke wurde mit Jod- und Brompräparaten und Vesicantien, auf den Nacken applicirt, behandelt, wobei er sich bedeutend besserte, als er in einem Anfall von Kopfschmerz mit Erbrechen in tiefem Coma starb.

Section. Schädelknochen verdünnt, die Scheitelbeinhöcker sehr prominirend, die ihnen entsprechende innere Knochenoberfläche usurirt und rauh, die Diploë sehr gefässreich. Die Dura mater haftet am Schädeldache, ist sehr gespannt und lässt nach dem Durchschneiden das Gehirn vorquellen. Die nervös-hyperämische Pia ist dünn, die rechte Grosshirnhemisphäre umfangreicher als die linke, der Balken bogenförmig gespannt. Beide Seitenventrikel sind durch seröse Flüssigkeit sehr stark ausgedehnt, der linke gleichmässig, der rechte nicht. Die Wand des linken Hinterhorns ist $^1/_2$, die des rechten 1″ dick, das Ependym durchsichtig derb, mit zerstreuten Gefässverzweigungen besetzt, das Septum pellucidum durch seröse Flüssigkeit ausgedehnt. Die Gehirnsubstanz ist derb, stellenweise fast sklerosirt, die linke Kleinhirnhemisphäre ist derb und bedeutend vergrössert, lässt in ihrem hinteren Abschnitte einen kastaniengrossen Knoten durchfühlen und erscheint auf dem Durchschnitt cystös. Die Wände dieser Höhle sind glatt, an ihrer hintern Wölbung sitzt eine traubengrosse Geschwulst, welche sich mikroskopisch untersucht, als Gliom erweist. Die Brücke und das verlängerte Mark sind derb, der 4. Ventrikel ist durch seröse Flüssigkeit ausgedehnt, sein Ependym ist verdickt und von gallertartigem Aussehen. — Die übrigen Organe des Körpers sind normal.

In der Epikrise wirft C. die Frage auf, ob hauptsächlich auf den Hinterkopf sich beschränkender Schmerz, Erbrechen, Schwindel, Sehstörungen, Incoordination der Bewegungen und schwankender Gang zur Feststellung der Anwesenheit einer Kleinhirnläsion genügen und warum er im vorliegenden, alle diese Symptome, mehr oder minder ausgesprochen, zeigenden Falle eine solche Diagnose nicht gestellt habe, da ja die Section doch ein Gliom im Kleinhirn dachwies. Er beantwortet den zweiten Theil seiner Frage dahin, dass nach in der Literatur verzeichneten Fällen (Griesinger, über Hämaton der dura mater, ges. Abhandl. 1879. I. Bd. und Laschkewicz l. c.) auch bei Affectionen der Meningen und des Ventrikelependyms dieselben Symptome, wie bei Kleinhirnerkrankungen beobachtet worden sind. Die Diagnose einer Affection des Cerebellum darf nur dann mit grösster Wahrscheinlichkeit gestellt werden, wenn durch eine glückliche Verkettung von Umständen der Kopfschmerz sich nur im Hinterhaupte localisirt, die Incoordination der Bewegungen besonders der taumelnde Gang und der Schwindel sehr hochgradig sind; dabei darf die Fernwirkung der erkrankten Nachbartheile auf das Kleinhirn nicht ausser Acht gelassen werden.

Der Zusammenhang des Glioms mit dem Hydrocephalus internus ist wegen mangelnder pathologisch-anatomischer Daten nicht festzustellen.

Hinze (St. Petersburg).

---

319) **Burger** (Bonn): Die Nebennieren und der Morbus Addison. (Berlin, Hirschwald. 56 pag. M. 1,20.)

Eine rein complitatorische Arbeit, die auf Grund von 27 aus der Literatur zusammengestellten Fällen, in denen nachweisbare pathologische Veränderungen des plexus solaris und der Ganglien constatirt wurden, zu dem Resumé kommt, dass der Morbus Addison auf einer Affection der Semilunarganglien und des plexus solaris beruht, die meist durch Erkrankung der Nebennieren bedingt ist. Die häufigste Veranlassung ist eine tuberculöse Entzündung der Nebennieren.

Erlenmeyer.

---

320) **B. Riedel** (Aachen): Nervenverletzung der linken unteren Extremität. Rapide Destruction des linken Kniegelenkes durch Gehversuche. (Berl. kl. W. 1883. Nr. 17.)

Bei einem 25jährigen kräftigen Mann trat nach einer Stichverletzung zwischen 1. und 2. Lendenwirbel (wahrscheinlich waren die Ursprungsäste des N. cruralis getroffen) Lähmung des l. Beines ein. Als Pat. bei fortschreitender Besserung der Lähmung nach ca. 3 Monaten Gehversuche machte, trat *innerhalb 8 Tagen* eine hochgradige Destruction des Kniegelenks auf, ähnlich den Gelenkveränderungen bei Tabes wie nach der Amputation des Beines die Obduction desselben ergab. Verf. empfiehlt, sowohl bei spinalen und peripherischen Lähmungen den betroffenen Extremitäten äusserste Schonung angedeihen zu lassen.

Langreuter (Dalldorf).

---

321) **Winternitz** (Wien): Ein Beitrag zu den Motilitätsneurosen des Herzens. (Berl. kl. W. 1883. Nro. 7 und 8.)

Verf. beschreibt 3 Arten von Neurosen des Herzens, bei denen eine organische Alteration mit fast absoluter Sicherheit auszuschliessen war. — Bei der *ersten Art* nimmt er an, dass *Reflexe von den Unterleibsorganen* auf das Innervationsgebiet des Vagus übertragen, die Ursache waren. Es wurde dies geschlossen aus den Krankheitserscheinungen die das betr. Individuum, eine 41 jährige Frau theils geboten hatte, theils noch bot: Fieberhafte Eierstocksentzündung, hartnäckige Diarrhoen und Druckempfindlichkeit in der Ovarialgegend. Aus Begleiterscheinungen: Veränderung der Stimme während des Anfalles, Gefühl von Herausblasen aus den Ohren, Athemnoth, Druck in der Magengegend, dürfte geschlossen werden, dass die Störung sich auf das Gesammtgebiet des Vagus bezog. Die hauptsächlich hier in Betracht kommenden *Symptome von Seiten des Herzens* während des 2—30 Min. dauernden Anfalls waren: *Enorme Pulsfrequenz (230—260) mit Verlangsamung (bis 40) wechselnd.* Dabei rasche Verbreiterung der Herzdämpfung — in Folge von Stauung des Blutes in den Ventrikelen bei den unzureichenden Contractionen. Nachdem die Anfälle aller Therapie Trotz geboten hatten, sistirten sie spontan bei eintretender Gravidität der Patientin.

Die *zweite Art* von Motilitätsneurosen, nämlich die *Irritabilität des Herzens*, sich äussernd in bald kürzer, bald länger dauernder Veränderung des Rhytmus der Herzaction, erklärt W. als zumeist auf psychischen Ursachen beruhend. Physiologisch ist diese Irritabilität häufig zu Anfang der Auscultation Gesunder zu beobachten. —

Eine *3. Art* von Störung, bestehend bald in *excessiv langsamen Schlägen* des Pulses bis zum Aussetzen von 3 Secunden Dauer, bald in einer *continuirlichen Vibration der ganzen Herzgegend*, beobachtete Verf. nach starken Excessen in Venere und übermässigem Tabacksgenuss. Die Ausführungen sind durch Pulscurven erläutert.

L a n g r e u t e r (Dalldorf).

---

322) **Ernst Lehmann** (Oeynhausen): Drei Fälle von Gelenkneurosen. (Berl. kl. W. 1883. Nro. 17.)

Die von E s m a r c h so genannte Krankheit beobachtete Verf. in 3 Fällen, 2 mal das Kniegelenk und einmal Hüftgelenk und Kniegelenk zugleich betreffend. Die characteristischen Symptome waren: Gelenkschmerzen, Steifigkeit und Contracturen ohne anatomische Veränderungen. Heilung durch Extension und orthopädische Prozeduren, nebst innerlichem Gebrauch von Arsen. L a n g r e u t e r (Dalldorf).

---

323) **Hughes Bennett:** Abhandlung über Elektro-Diagnostik bei Krankheiten des Nervensystems. (Deutsch von Dr. W. D i e t z, Badearzt in Kissingen.) (Halle, W. K n a p p 1883. 8⁰. 168 S. Preis M. 5.)

B e n n e t t's Abhandlung über Elektro-Diagnostik ist schon in

Nro. 5 des Centralbl. v. d. J. besprochen worden. Mag das Buch für England recht geeignet sein, den Ansprüchen, welche man in Deutschland an ein solches Lehrbuch stellt, entspricht es nur unvollkommen. Von andern Dingen nicht zu reden, es ist ein Grundfehler B.'s, dass er eine exacte Bestimmung der Stromstärke nicht kennt. Daher sind seine Angaben über quantitative Veränderungen der Erregbarkeit, z. B. über deren Steigerung bei Chorea, mit grosser Vorsicht aufzunehmen. Als ein Vorzug des Buches wird sein Reichthum an originalen Krankengeschichten bezeichnet. Doch ist in denselben der elektrische Befund meist so flüchtig beschrieben wie man es in einem elektrodiagnostischen Lehrbuch am wenigsten erwartet. Auch ist die Diagnose nicht immer zweifelsohne, ob z. B. die Fälle 15 und 16 typische progr. Muskelatrophie sind, möchte ich bezweifeln. Neu sind die Tafeln mit den motorischen Punkten. Besser hätte der Verf. gethan, sich mit den alten, die correct waren, zu begnügen. Die seinigen sind weder sehr deutlich noch ganz correct. Die Bezeichnung des Radialispunktes z. B. auf Taf. II ist falsch.

Wie jemand dazu kommt, ein derartiges Buch ins Deutsche zu übersetzen, unmittelbar nachdem Erb's Lehrbuch erschienen ist, verstehe ich nicht. Man leistet doch dem Publikum keinen Vortheil, wenn man ihm das weniger Gute statt des vorhandenen Guten bietet. Die Uebersetzung ist im allgemeinen fliessend, doch hätte der Uebersetzer der Sprache mehr Sorgfalt zuwenden können. Er spricht z. B. von einer „weiblichen Magd", lässt die Sensibilität „zu Verluste" gehen, was im Hochdeutschen nicht üblich ist, u. s. w. Druck und Papier sind gut. Möbius (Leipzig).

---

324) **Th. Stein:** Die allgemeine Elektrisation etc. Zweite vielfach vermehrte Auflage. (Halle a. S., W. Knapp. 1883. Preis M. 3.)

Die 1. Auflage des Stein'schen Buches, welche wir in Nr. 17 des 5. Jahrg. des Centralblattes angezeigt haben, ist rasch vergriffen worden. „Die vorliegende zweite Auflage wurde auf Grund der jüngsten Erfahrungen des Vf.'s umgearbeitet, insbesondere wurden neue ihm zugänglich gewordene Instrumente beschrieben und abgebildet, die Casuistik einschlägiger Krankheitsfälle vermehrt, sowie in Bez. auf das elektrisehe Bad und die Verwendbarkeit des elektrostatischen Spannungsstromes mannigfach Neues hinzugefügt; in Folge dessen stieg der Umfang des Buches von 72 auf 114 Seiten und nahm die Zahl der Illustrationen um 29 Abbildungen zu. Auch wurde ein ausführliches Sach- und Namenregister, sowie ein umfassendes Literaturverzeichniss dieser Auflage beigegeben". Die meisten Fachgenossen werden das Buch selbst lesen, wir können uns daher hier damit begnügen, wegen aller Einzeldinge auf das Original zu verweisen und mit der Versicherung, dass die vermehrte Auflage auch eine verbesserte ist, dem um die medicin. Elektrotechnik verdienten Verfasser zu seinem Erfolge Glück zu wünschen. Möbius (Leipzig).

---

325) **H. Obersteiner** (Wien): Der chronische Morphinismus. (Wiener Klinik. Vorträge III. Heft. März 1883. 24 Seiten.)

326) **A. Erlenmeyer** (Bendorf): Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. (Leipzig und Neuwied, Heuser's Verlag 1883. 95 Seiten.)

Fast gleichzeitig sind diese beiden Monographien über die noch so junge und doch schon so verbreitete Krankheit erschienen; wir besprechen daher am besten beide zusammen, trotz des in mancher Beziehung abweichenden Standpunktes der Autoren von einander. In den Ueberschriften findet sich diese Differenz schon ausgesprochen. Obersteiner glaubt, es sei eine mehr theoretische Unterscheidung, die man zwischen Morphinismus und Morphiumsucht aufgestellt habe, indem man mit ersterer Benennung die specifischen, pathologischen Erscheinungen der chron. Morphiumvergiftung, mit der letzteren das unwiderstehliche Verlangen nach dem betreffenden Mittel bezeichnet habe. Da nun beide Zustände mit wenigen Ausnahmen innig verknüpft seien, ausserdem der Name Morphinismus in fast allen fremden Sprachen übergegangen sei, so hält er an letzterem fest. Erlenmeyer hingegen deducirt so: Die Begriffe chron. Morphiumvergiftung und Morphiumsucht decken sich keineswegs; wer an chron. Morphiumvergiftung leidet ist durchaus nicht immer morphiumsüchtig, dahingegen leidet jeder Morphiumsüchtige an chron. Morphiumvergiftung, desswegen ist Morphiumsucht der umfassendere Begriff. Es bedarf aber zur Erzeugung der „Sucht“ bei dem betreffenden Individuum einer krankhaften Disposition, welche in der Disharmonie der seelischen Functionen besteht; die Morphiumsucht ist daher eine Krankheit und kein Laster. Auch Obersteiner schildert den Morphinismus als modernste Krankheit, allein er spricht an mehreren Stellen vom Laster des Morphiummissbrauches — wohl ist die Sucht nach Morphium eine Leidenschaft, wie die Trunksucht, die wie jede echte Leidenschaft mit Demoralisation des ihr ergebenen Individuums einhergeht, allein als ein Laster dürfen wir sie bei näherer Besichtigung ihrer krankhaften Grundursachen nicht bezeichnen. —

Die kleine Statistik, die O. gibt, stellt sich für die Männer sehr ungünstig; unter 194 fremden und eigenen Fällen befanden sich 143 Männer (73,7%) und 51 Frauen (26,3%) und unter diesen 143 Männern 67 (46,9%) Aerzte. Die Häufigkeit des Auftretens bei den Aerzten, eine Beobachtung, die allseitig leider bestätigt wird, findet ihre Begründung in dem aufreibenden Berufe, der leichten Art und Weise der Beschaffung des Mittels etc. —

In der „Symptomatologie“ begegnen wir bei E. einer Eintheilung in Intoxicationssymptome und Abstinenzsymptome; letztere, als die durch Entziehung des Mittels hervortretenden Erscheinungen, sind somit eine Folge des therapeutischen Eingreifens und es lässt sich logischerseits der Standpunkt O.'s unseres Erachtens rechtfertigen, der dieselben, wenn auch nicht so ausführlich wie E. bei der „Therapie“ bespricht. Besonders zu beachten ist bei der Symptomatologie, dass ein Vorbild dieser Abstinenzerscheinungen auch in die sogenannte

Intoxicationszeit fällt, das ist der Zeitpunkt, wo die Morphinisten nicht unter der Vollwirkung des Mittels stehen, Morphiumhunger empfinden, der aber nur kurze Zeit anhält, da er durch eine erneute Dosis Morphium zu jeder Zeit beendet werden kann. (E.) Die einzelnen Erscheinungen als bekannt voraussetzend, geben wir hier nur einzelne Abweichungen in den Ansichten beider Autoren und einige bemerkenswerthe, bis jetzt nicht genügend hervorgehobene Symptome. Die Tremores (der Hände namentlich) fasst E. als Abstinenzerscheinung auf; als solche müssen auch die von O. erwähnten Depressionszustände mit Tendenz zu suicidium gedeutet werden. Von beiden Autoren wird die psychische Alienation, welche die Morphiumsucht im Gefolge hat, besprochen, doch nur von E. ausdrücklich hervorgehoben, dass die Krankheit als Ursache der Psychosen und nicht selbst für Psychose anzusehen ist. Sehr treffend sagt letzterer in Bezug auf das greisenhafte Aussehen der Morphinisten: „Ich möchte diesen Zustand ein künstlich erzeugtes, vorzeitig eintretendes Greisenalter nennen, ein senium artificiale praecox ex morphinismo.„ In Betreff der Impotenz wird von beiden Autoren die Abnahme des Geschlechtstriebes als das zunächst eintretende angegeben, der dann nach E. das Schwinden der Erectionen und schliesslich der Spermabereitung folgt. Uebrigens ist wie E. hervorhebt, hier besonders zu betonen, dass die Beschreibung der Intoxicationssymptome durch die ursprüngliche Krankheit, die das Individuum zum Morphiummissbrauch getrieben hat, ungemein erschwert wird. Wie so gar nicht leicht ist es, zu eruiren, ob die erwähnte Impotenz nicht z. B. auf tabes dorsalis zurückzuführen ist, welche durch ihre initialen Schmerzen den Kranken zum Morphium trieb! Sollte nicht auch dasselbe vom Fehlen der Sehnenreflexe, das O. ausser allen Zweifel hinstellt und E. gar nicht erwähnt, zu sagen sein? Ob die Eruptionen der Haut, wie Urticaria, Herpes, Psoriasis etc. durch krankhafte Zustände der Hautnerven, wie O. will, bedingt, als Ursache das Morphium haben, lässt E. unentschieden, dagegen erwähnt er als noch nicht beobachtet ein Lockerwerden und Ausfallen ganz gesunder Zähne. In Betreff des Fiebers glaubt E. an einen localen, entzündlichen Process; die febris intermittens ex morphinismo von Levinstein hat er nie beobachtet, O. hingegen beschreibt dieselbe, ohne anzugeben, ob er auch derartige Fälle beobachtet hat. Der Beweis der Morphiumalbuminurie ist nach E. bislang noch nicht erbracht.

In der „Diagnose und Prognose“ ist den Schilderungen der beiden Autoren nichts weiter hinzuzufügen, bei der „Therapie“ jedoch müssen wir uns einige Augenblicke aufhalten. Obersteiner referirt über 3 Methoden: über die plötzliche und die langsame Entziehungskur und über eine dritte sehr protrahirte, die sich etwa auf ein halbes oder ganzes Jahr zu erstrecken hätte, aber von vornherein als unausführbar hingestellt wird. Eine allgemeine Regel für die beiden ersteren liesse sich nicht aufstellen, man müsse eben je nach der Constitution des Kranken individualisiren. Erlenmeyer beschreibt auch 3 Methoden, nachdem er ein allgemeines Princip der Behandlung vorausgeschickt hat. Dasselbe gipfelt in dem Satze: Möglichst schnelle,

aber gefahrlose Abgewöhnung des Morphium, damit möglichst viel Zeit übrig bleibt für die Reconvalescenz. Die Sicherheit vor heimlicher Morphiumzufuhr wird dabei als erste Bedingung selbstverständlich vorausgesetzt. Die 3 von ihm beschriebenen Methoden sind die plötzliche Entziehung nach Levinstein mit ihren gefährlichen Collapszuständen, die allmälige Abgewöhnung, die zuerst von Laehr geübt und später von Burkart ausschliesslich angewendet wurde, welche gar keine Vortheile bietet und bei der man den Patienten das Morphium nicht abgewöhnt, und drittens die modificirt-langsame Entziehung, die bereits von Levinstein angedeutet wurde, jetzt aber von E. weiter ausgebildet und ausschliesslich angewandt wird. Sie bietet nur Vortheile und keine Nachtheile für den Kranken, vor allem vermeidet sie den gefährlichen Collaps und die bedenklichen Störungen seitens der Respiration und des Pulses. Für eine derartige Entziehung reichen 6—12 Tage aus. Es wird *sofort* die Hälfte der bisher gewohnten Dosis entzogen und noch 1—2 Mal währed der Cur diese Verminderung um die Hälfte wiederholt. Natürlich sind die Kranken unter beständiger Aufsicht und von jeder Communication abgeschnitten. Gleich hier wollen wir die für diese Methode sprechenden Untersuchungen Marmé's erwähnen. (Siehe Centralbl. f. Nervenheilkunde Nr. 9, pag. 209. 1883.) Nach diesem Autor bildet sich im Organismus nach längerem Gebrauch von Morphium Oxydmorphin, welches Thieren eingespritzt, ähnliche Vergiftungserscheinungen, wie bei der Abstinenz hervorruft. Bei der plötzlichen Entziehung würde der Tod durch Oxydmorphin eintreten können, bei der allmäligen würde das immer wieder sich bildende Oxydmorphin die Kranken quälen, bei der modificirt-langsamen würde eine weitere Bildung des Oxydmorphins sehr bald nicht mehr stattfinden. Mit dieser Entdeckung Marmé's sind auch die heftigen Einwirkungen auf Gehirn und Rückenmark, welche die Abstinenz hervorruft, dem Verständniss näher gerückt. — Natürlich ist mit der Entziehung des Morphiums die Behandlung bei weitem nicht geschlossen. *Sie* bildet, wie E. sagt, nur die *Vorkur*; die eigentliche Kur besteht darin, *die* Krankheit zu heben oder zu lindern, die den Pat. zum Morphiummissbrauch getrieben hat. Es ist E.'s Verdienst, hierauf zuerst mit allem Nachdruck hingewiesen zu haben. In der vorliegenden Brochure gibt er darüber sehr beherzigenswerthe Winke in dem Abschnitt: „Verhütung der Recidive.“ Nachzuholen haben wir zu unserem kurzen Berichte noch, dass die pathologische Anatomie bislang sehr dürftige und sich widersprechende Resultate lieferte; beide Autoren haben sie auf kaum einer Seite abfertigen können. Auch die Thierversuche, die O. am Schlusse seiner Arbeit kurz referirt, haben eine grosse Ausbeute nicht ergeben, für die Abstinenzerscheinungen fielen sie negativ aus — diese Auseinandersetzung erleidet in allerneuster Zeit durch die erwähnten Marmé'schen Versuche eine wesentliche Abänderung.

Beide Autoren besprechen am Schlusse die „forensische Bedeutung“ der Morphiumsucht und wir schliessen damit, auf beide Werke hierdurch hingewiesen zu haben, um sie den Aerzten zur Lektüre

dringend zu empfehlen. Man wird Belehrung aus beiden zur Genüge schöpfen.

Goldstein (Aachen).

---

327) **Adolf Kühn** (Moringen): Ueber epileptiforme Hallucinationen. (Berl. kl. W. 1883. Nro. 17.)

Unter diesem — seiner übertriebenen Prägnanz wegen — nicht sehr glücklichem Namen, beschreibt Verf. 3 Fälle aus dem Gebiet der „psychischen Epilepsie", die er in der Correctionsanstalt Moringen beobachtete. Es traten bei männlichen Individuen, von denen 2 unzweifelhaft, der 3. wahrscheinlich epileptisch war, plötzliche Dämmerzustände mit Angst und lebhaften Gesichtstäuschungen schreckhaften Inhalts auf, von 2—3 Minuten Dauer. Nach Wiederkehr des vollen Bewusstseins war ziemlich gute Erinnerung an das Gesehene vorhanden. Verf. nimmt — auf die Arbeiten Sammt's sich stützend — an, dass diese Hallucinationen vicariirend für ächte Krampfanfälle auftreten. Bei Fall I. und III. scheint dies allerdings ungezwungen angenommen werden zu können. Es würden dann diese Zustände ähnlich den zuerst von Falret unter den Namen „petit mal und grand mal" beschriebenen sein, nur durch die ungleich kürzere Dauer sich unterscheiden. — Dagegen scheint dem Rf. das unter Fall II beschriebene Krankheitsbild dem einer primären Verrücktheit zu entsprechen und zwar *der* Form, die zuerst mit Hallucinationen einsetzt.

Langreuter (Dalldorf).

---

328) **Jakob Weiss** (Wien): Das Chloralhydrat in der psychiatrischen Praxis. (Centralblatt für die gesammte Therapie. März 1883.)

Die Anwendung des Chloralhydrat hat schon seit längeren Jahren in der psychiatrischen Praxis eine wesentliche Beschränkung erfahren. Als Maximaldosis erscheinen 2 Gramm als möglichst zuverlässig und unbedenklich. Bei Agrypnie auf depressiver Grundlage, Angstzuständen, Tobsuchtsanfällen im Verlaufe von Melancholieen ist das Chloral contraindicirt. sein fortgesetzter Gebrauch hat zunehmende Apathie, Stupor, Unreinlichkeit und rasche Verblödung zur Folge. Auch in Fällen maniakalischer Aufregung empfiehlt sich das Chloral nicht, wohl aber bei vorübergehenden Aufregungszuständen wie solche auch bei Epileptikern vorkommen; zwecklos weil ohne jede hypnotische Wirkung ist das Chloral im Delirium alcoholicum. Auch bei den Paralytikern pflegt die Wirksamkeit des Chlorals eine geringe zu sein, abgesehen von dem Erfolge welchen die bedeutende Einschränkung des Chloralverbrauchs mit sich zu bringen pflegt, nämlich die Abnahme der unter dem Chloralregime allgemein verbreiteten Oedeme und Dekubituswunden.

Empfehlung verdient das Chloral bei infantiler Chorea (1 Grm. p. die) ferner bei hysterischen Krampfanfällen im Beginne des Anfalls in einer Dosis von 2 Grm. mit 0,02 Morphium gegeben.

Als Retter in der Noth erscheint es bei serienweise auftretenden Krampfanfällen sowohl epileptischer wie paralytischer Natur. 2—3 Grm. durch den Mund oder per Clysma beigebracht sistiren die Convulsionen. Eickholt (Grafenberg).

---

329) **Jos. Perretti** (Andernach): Gynäkologische Behandlung von Geistesstörungen. (Berl. kl W. 1883 Nr. 10.)

Zu dem in den letzten Jahren — hauptsächlich in Folge der versuchten Bevormundung der Psychiatrie durch die Gynäkologie in der Person Schultzes — viel discutirten Thema bringt Verf. einen neuen Beitrag in Form von 7 Krankheitsgeschichten, an der Hand deren er seine Warnung ausspricht vor allzueifriger Anwendung der Gynäkologie bei geistig abnormen oder augenscheinlich geisteskranken Frauen. Die Warnung ist in der Jetztzeit sehr am Platze „in welcher gynäkologisch behandelt zu werden, fast modern geworden ist."

Langreuter (Dalldorf).

---

330) **Jeo H. Savage** (London): Marriage in neurotic subjects. (Heirath Neuropathischer.) (Journ. of ment. scien. 1883. S. 49.)

Verf. erörtert die Frage der Eheschliessung von Personen, bei denen oder in deren naher Verwandtschaft Geisteskrankheit, Epilepsie und schwere Hysterie bestanden hat. Bei der letzteren sei die Heirath weder für die hysterische Person noch für die Nachkommen günstig, doch wollte man alle Hysterischen von der Heirath zurückhalten, würde „die Erde bald entvölkert sein, wenigstens von ehelichen Kindern."

Sehr gross sei die Gefahr der Vererbung bei *Epileptischen*, während die Ehe auf die Epilepsie des Erzeugers nicht den geringsten günstigen Einfluss habe. Anders stehe die Frage bei *geisteskrank* Genesenen. Hier hänge es von der Ursache, Form, Vererbbarkeit, Gefahr des Recidives der Psychose ab, ob der Arzt die Ehe eines solchen Kranken gestatten könne. Die *beabsichtigte Kinderlosigkeit* solcher Ehen sei in Vorschlag gebracht worden, aber diese seien wieder besonders nachtheilig für die Psyche der Eltern.

Wenn einem Genesenen die Ehe gestattet werden könne, so sei eine weitere Frage: wie lange nach der Attaque? S. meint, je grösser der Zeitraum zwischen Zeugung und Attaque, um so geringer die Gefahr der Vererbung, sie hängt direct von dem Geisteszustand des Erzeugers ab, so dass ein Mann innerhalb der Psychose ein psychisch defectes, im Intervall ein gesundes Kind erzeugen kann. Im allgemeinen ist die Ehe bei solchen nicht zu verbieten, wenn der andere Theil körperlich gesund und frei von nervöser Disposition ist.

Matusch (Dalldorf).

---

331) **G. Buccola** (Turin): Sul tempo della dilatazione reflessa della pupilla nella paralysi progressiva. (Die Reflexzeit der Pupillenerweiterung in der progress. Paralyse.) (Riv. sperim. di freniatria IX. B. I. H.)

Eine reflectorische Pupillenstarre bei sensorischen Reizen wurde bereits von Moeli als häufiges Symptom der Paralyse angegeben. (Vergl. dieses Centralbl. 1882. pag. 292.)

Buccola hat untersucht, ob bei Paralytikern, bei denen noch eine Reflexerweiterung der Pupille in Folge von heftigen Hautreizen stattfindet, die Reflexzeit der bei normalen Individuen gefundenen, entspricht. Es ergab sich für alle Paralytiker constant eine Verlängerung der Reflexzeit (im Mittel um circa 0,4 Sec.); dasselbe gilt auch für je einen Fall von Myelitis nach Pellagra, Dementia mit Hemiplegie und disseminirter Sklerose, während bei Manie und Hypochondrie eine derartige Verzögerung nicht constatirt werden konnte.

Obersteiner (Wien).

---

332) **Fritz Siemens** (Marburg): Zur Frage der Simulation von Seelenstörung. (Arch. f. Psych. XIV. 1. p. 40.)

Nachdem S. in einer Einleitung über den heutigen Stand der Simulationsfrage berichtet, unter Anderem betont hat, dass Simulation bei geistig abnormen Individuen ein häufiges Vorkommniss sei, erklärt er es doch für Uebertreibung, wenn man das Vorkommen von Simulation bei psychisch vollkommen gesunden Individuen überhaupt leugne wie von einigen Seiten versucht worden ist. Zum Beweise seiner Ansicht führt Verf. 3 Fälle an, die der Marburger Irrenanstalt zur Beachtung übergeben wurden.

In *Fall I* handelt es sich um einen 60jährigen Ackersmann, der wegen Körperverletzung, bezw. Mordversuch, begangen an einem Förster, in Untersuchung war. Die Untersuchung wurde für den Sachverständigen dadurch erschwert, dass sowohl Berichte aus der Jugendzeit des Angeklagten wie aus den letzten Jahren denselben für periodisch verrückt erklärten. Trotzdem stellte sich durch längere Beobachtung und Analysirung der Antecedentien heraus, dass es sich nur um ein roh veranlagtes, reizbares, rachsüchtiges und jähzorniges Individuum handelte. Die Simulation wurde hauptsächlich dadurch evident, dass der Angeklagte zu wenig „*Methode*“ in seinem Wahnsinn zeigte: Zuerst versuchte er es mit ostentativem Toben, mit Verwirrtheit, dann mit monatelangem Stillschweigen, schliesslich trug er wieder Verkehrtheit zur Schau, gab Sinnestäuschungen vor, bald schien er volles Krankheitsbewusstsein zu haben, bald leugnet er wieder, gab auch Simulation vor. Der krankhafte Stimmungswechsel fehlte vollkommen. Gutachten: Nicht geisteskrank, weder zur Zeit der Begehung der That, noch später. — Verurtheilung zu $2^1/_2$ J. Gefängniss. —

Der *Fall II* ist dadurch interessant, dass der in Frage kommende Rector E., 55 J. alt, auf *sehr geschickte Weise* eine Melancholie sim-

mulirte, wahrscheinlich, weil er an seiner Jahre lang geistesgestört gewesenen Frau Studien gemacht hatte. E. kam freiwillig in die Marburger Anstalt mit den Symptomen einer frischen Melancholie, und erst nachträglich stellte sich heraus, dass der „Kranke“ wegen einer Reihe von raffinirten Urkundenfälschungen in Untersuchung war. Als ihm der Boden unter den Füssen brannte, zog er die Irrenanstalt dem Gefängniss vor. Der Beweis der Simulation wurde hauptsächlich durch die Berücksichtigung der ganzen Sachlage erbracht, und erwies sich in der Folge die Diagnose als richtig.

Der *Fall III* betrifft einen jungen Burschen, der (höchstwahrscheinlich unschuldiger Weise) wegen Mordversuchs in Untersuchung kam. Die in Folge der Verhaftung normaliter eintretende Gemüthsdepression verleugnete der Angeklagte aus falscher Diplomatie, indem er — ziemlich ungeschickt — eine Melancholie simulirte. Er wurde als Simulant erkannt und aus der Anstalt entlassen. Nachdem das Gerichtsverfahren gegen ihn eingestellt war, verschwanden die letzten Spuren der „Geistesstörung“. Langreuter (Dalldorf).

---

333) **Anton Kádár** (Budapest): Beitrag zur Pathologie der epileptischen Geisteskrankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der gerichtsärztlichen Praxis. (Orvosi Hetilap 1883. Nro. 5 u. 6.)

Die von Samt als aequivalente Formen der Fallsucht bezeichneten Erscheinungen der Epilepsie sind zumeist mit psychischen Affecten vergesellschaftet. Selten können die mit solchen Anfällen Behafteten, wie die Normal-Epileptischen ihren gewohnten Beschäftigungen bald nachgehen; ihre Gedankensphäre wird auf eine Zeit in andere Bahnen gelenkt.

Der Aufschrei, das Zusammensinken, der allgemeine Krampf werden bei den epilept. Aequivalenten vermisst; ihre Prodromalsymptome ähneln der Aura, und stellen sich fast vor jedem Paroxysmus ein. Dazu gehören Hallucinationen, subjective Empfindungen bis zur melancholischen Depression und Gedächtniss-Mangel, auch Kopfschmerz, schreckhafte Visionen können sich dazu gesellen, die zum Mord oder Selbstmord nicht selten den Anlass geben. Die *cleptomaniakalischen Erscheinungen sind auch ckarakteristische Symptome;* sie verbinden sich zuweilen mit einfach maniakalischen. *Das Bewusstsein schwindet nicht immer und ganz, doch tritt dafür ein eigenartiger Dämmer-Zustand* ein, der manchmal auch die Zeit zwischen 2 Anfällen ausfüllen kann.

Verf. theilt die epileptischen Psychosen in folgende Gruppen ein:

1. Fälle, wo statt des epilept. Anfalles ein maniakalischer Zustand eintritt.

2. Fälle, wo die Patienten von Verfolgungswahnideen betroffen sind.

3. Wenn statt des Anfalles Furcht die Leidenden ergreift.

4. Wenn die Kranken durch eigenthümliche Gefühle zum Stehlen gedrängt werden, oder

5. Wenn sie durch uneruirbare Ursachen zur Brandstiftung, Mord, Selbstmord getrieben sind.

Verf. beobachtete mehrere Fälle, in denen mit der Häufigkeit der Anfälle in den paroxysmenfreien Intervallen Gedächtniss-Schwäche, geistiger Verfall und ein stupider thierischer Gesichts-Ausdruck sich verbinden. Solche Kranke *sind gleichgültig und doch reizbar. Wenn sie zu Beginn ihres Leidens Verbrechen begehen, können sie in diesem initialen Stadium, wo die Folgezustände noch nicht ausgebildet sind, selbst von Aerzten für geistesgesund gehalten werden.*

Die Anfälle treten zumeist plötzlich auf, selten mit gewissen Vorzeichen; die erweiterten Pupillen reagiren nicht; manchmal geht eine Mydriasis stundenlang dem Anfalle vorher. Die Kranken erblassen, zittern am ganzen Leibe; in einzelnen Muskelgruppen treten Zuckungen auf.

Die epilept. Aequivalente sind häufiger beim männlichen Geschlechte, wenigstens nach der Statistik der ungarländischen Irren. Bei Frauen ist diese Form von der Hysterie, von der Eclampsie und Katalepsie wohl zu unterscheiden.

Ladislaus Pollàk (Gross-Wardein, Ungarn).

---

334) **S. Fritsch** (Wien): Gerichtsärztlicher Bericht über einen Fall von primärem Schwachsinn. Casuistischer Beitrag zur Lehre von dem s. g. impulsiven Irresein. (Jahrb. f. Psych. 1883. Seite 184.)

Die generellen Züge des Falles sind im Schlussgutachten zusammengefasst: R. ist mit einem psychischen Entartungszustande behaftet, wozu er durch Momente hereditärer Belastung und neuropathischer Disposition veranlagt erscheint. Er erweist sich bei anscheinend ungetrübter Intelligenz in mehrfacher Hinsicht als schwachsinnig und krankhaften Zuständen unterworfen, innerhalb deren Antriebe zu egoistischen Handlungen herrschend in den Bewusstseinsinhalt eintreten und als zwangsweise wirksame Vorstellungen mit überwältigendem Effect in Handlungen sich umsetzen.

Der Betreffende, ein 19 jähriger Commis, hatte diese Zustände schon von Kindheit an gezeigt, war z. B. mehrmals seinen Eltern entlaufen „weil ihm so der Gedanke kam," hatte den Versuch gemacht, seinen Principal zu vergiften uud stellt sich schliesslich mit der Selbstanklage, diesem 500 fl. gestohlen zu haben, dem Gerichte, um den „schrecklichen Gedanken, den Dienstherrn zu ermorden," los zu werden.

B. wurde als unzurecheungsfähig einer Irrenanstalt übergeben. Er nahm dies gleichgültig hin und tröstete sich damit, dass er nun doch das Gericht und des Irreseins kennen gelernt habe.

Matusch (Dalldorf).

III. Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 11. Juni 1883. (Originalbericht.)

335) Herr **Richter** (Dalldorf) demonstrirte einen Fall von *dreimaliger Blutung in ein Gehirn.* Sie betrafen einen 52jährigen, mehrfach wegen hallucinatorischer Verrücktheit der Anstalt zugeführten Mann, dessen subjective Beschwerden anfangs nur in Kribbeln in der linken Hand und im linken Ohre und Schmerz in den Zähnen bestanden. Die Sehschärfe war links etwas geringer als rechts, der Augenhintergrund bot nichts abnormes, Kopfschmerzen bestanden nicht. Im Dezember 82 wurde er mit Schaum vor dem Munde, fiebernd und benommen gefunden, die linken Extremitäten und der linke Facialis waren gelähmt, doch die Pupillen gleich und reagirend. Der Pat. erholte sich, griff aber von da ab an gesuchten Gegenständen stets vorbei und zeigte linksseitige laterale Hemianopsie. Die Lähmungen besserten sich, wenn auch der Mund nach rechts verzogen blieb. Im März 83 wiederholte sich der Anfall mit gleichen Symptomen, dem Pat. diesmal erlag.

Die Blutungen hatten stattgefunden, die älteste in den rechten Schläfenlappen, die vorletzte in der Aussenwand des Hinterhornes des rechten Seitenventrikels und die letzte, tödtliche in dem 3. und 4. Ventrikel unter partieller Zerreissung der Hirnschenkel, namentlich des rechten. Vortr. brachte die erstgenannten Symptomen (Kribbeln, l. Sehschwäche etc.) mit der ältesten Blutung in den rechten Schläfenlappen die bis dicht heran an den rechten Hirnschenkel ging, in Verbindung; die linksseitige Hemianopsie, die Lähmung der linken Extremitäten und des linken Facialis mit der zweiten. Er nahm an, dass die Hemianopsie bedingt war durch eine Zerstörung des vom Thalamus opt. nach dem Hinterhautslappen strahlenden Gratioletschen Fasern; die Lähmungen konnten durch Druckwirkung bedingt sein. Eine weitere Untersuchung des Präparates wird darüber Aufschluss geben.

Hieran schloss sich die Diskussion über den Vortrag des Herrn Mendel *„über secundäre Paranoia“*, (Sitzung vom 9. April 1883). Herr Jastrowitz leugnet die Möglichkeit der Entwickelung einer Paranoia aus Melancholie. Herr Westphal betonte, dass allerdings das Sich beschuldigen für Melancholie, das Beschuldigtwerden für Verrücktheit characteristisch sei, dass aber Selbstanklagen im Verlaufe, wie im Anfang einer Verrücktheit nicht selten seien. Abgesehen hiervon können die Melancholie in den Fällen Mendels eine Erkrankung für sich gewesen sein, wie z. B. Jemand an Manie später an periodischer Melancholie erkranken könne. Zur Annahme der Entwickelung von Paranoia aus einer *reinen* Melancholie könne er sich nicht entschliessen, eher aus einer hypochondrischen Melancholie.

Herr Moeli erwähnt drei Fälle von Verrücktheit mit einem Stadium melancholischer Depression, die in einem den Beginn der Erkrankung bildete und im Verlaufe der Verrücktheit mehrmals wieder-

kehrte, im zweiten an die Stelle von Verfolgtseinsvorstellungen trat und diesen später wieder Platz machte, in einem dritten einen originär verschrobenen Menschen betraf. Die Diagnose der Krankheit aus den Wahnideen sei unzuverlässig.

Herr Mendel verwahrt sich gegen diese Art der Diagnose; die von Moeli angeführten Fälle beträfen imbecille Personen, die stets die verschiedenartigsten Wahnideen producirten. Eine scharfe Unterscheidung zwischen reiner und hypochondrischer Melancholie sei unmöglich, im letztgenannten seiner Fälle habe es sich um reine Melancholie gehandelt.

Herr Westphal: die Schwierigkeit die Frage zu lösen, beruhe auf der Schwierigkeit der Diagnose der Melancholie.

336) Herr **Falk**: *Heilung langjähriger Geisteskrankheit.* Der Vortr. giebt ein Resumé der Bestrebungen der französischen Aerzte, die mit obigem Thema eng verknüpfte Frage der Ehescheidung Geisteskranker zu lösen und schliesst daran folgenden Fall. Eine 60 jährige Frau, die im Jahre 1877 die Aufhebung der Entmündigung beantragte, war 22 Jahre vorher in eine Irrenanstalt aufgenommen, 21 Jahre vorher entmündigt worden. Nach 17 jährigem Aufenhalte in der Anstalt wurde sie als *ungeheilt aber beruhigt* beurlaubt. Der Vortr. fand sie völlig gesund und die Entmündigung wurde aufgehoben. Die Frau ist bis jetzt gesund geblieben. Sie selbst leitete ihre Krankheit von Menstruationsanomalien her und behauptete, sich beim Spärlicherwerden der Menses im Climacterium, wohler und freier, seit dem Ausbleiben desselben ganz gesund gefühlt zu haben.

Vortr. berichtet noch einen Fall von „Heilung“ eines Paralytikers, doch ist das weitere Schicksal desselben ihm unbekannt.

In der Diskussion erwähnt H. Gnauck einen Fall vollständiger Remission bei einem Paralytiker, bei dem aber das Fehlen des Kniephänomens die *Latenz* der Krankheit nachwies. Nach einem halben Jahre war der Mann wieder deutlich paralytisch.

Matusch (Dalldorf).

II. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 17. März 1883. (Originalbericht.)

337) **Julius Böcke**: *Ueber Gleichgewichts-Störungen und nervöse Affectionen bei Erkrankungen des Cavum Tympani.*

Nach entzündlichen Erscheinungen im meatus anditorius externus und Cav. tympani blieb bei einem 30 jährigen Collegen Schwerhörigkeit zurück. 10 Tage nach Entwicklung der Krankheit litt Pat. an Schwindel, atactischem Gehen; musste horizontal im Bette liegen, da sonst Brechneigung und Erbrechen sich einstellten. Bald trat auch Paralyse des Nervus facialis sinister ein. Diagnose war Trommelhöhlen-Catarrh mit flüssigem Exsudate. Nach Paracentese des Trommelfelles wurde das Exsudat der Trommelhöhle nach Einblasen mit einem Catheder nach aussen befördert. Patient erhob sich gleich nach der Operation, und später trat kein Erbrechen mehr ein.

Die Lähmung des N. Facialis soll nach dem Vortragenden durch eine mangelhafte Entwicklung der knöchernen Wand des Canalis Fallopiae entstanden sein, indem die Mucosa der Trommelhöhle mit dem Neurilemma des Facialis, innig zusammenhängend, seine entzündliche Affection leicht auf den Nerven fortpflanzen konnte. (Eine sehr weitgehende, und bloss hypothetische Annahme. Refer.)

Vortragender meint, dass prognostisch und therapeutisch dem Umstande Wichtigkeit beizulegen ist, ob durch Erkrankungen des Schall leitenden Apparates und am meisten durch Catarrhe der Trommelhöhle, Gleichgewichts-Störungen und nervöse Affectionen provocirt werden können, oder ob diese der sogenannten Menièr'schen Krankheit zugeschrieben werden sollen. Nach Böcke kommt die Menièr'sche Krankheit sehr selten vor und *er wünscht diese Benennung nur für gewissenhaft festgestellte apoplectiformen Labyrinth-Erkrankungen beizubehalten,* wo die Prognose schlecht und die Therapie keinen (? Ref.) Erfolg aufzuweisen hat. Für Gleichgewichts-Störungen und nervöse Affectionen in Folge von Ohrenleiden sollte man nicht *gewohnheitsgemäss* den Ausdruck Menièr'sche Krankheit gebrauchen.

(Nach meinen literarischen Kenntnissen über diesen Gegenstand ist diese *Gewohnheit nicht so verbreitet.* Ref.)

Ladislaus Pollàk (Gross-Wardein, Ungarn).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. d. Saale (Prov.-Irren-Anst.) II. Arzt, 1. Juli, 3000 M., freie Fam.-Wohnung, Garten etc. 2) Merzig, Assistenzarzt, 1200 M. fr. Stat. 3) Owinsk, (prov. Irr.-Anst. Posen) a) Director; Meld. an den Oberpräsidenten Herrn von Guenther in Posen. b) Assistenzarzt baldigst; 2000—2500 M. jährlich nebst freier Wäsche. Meldung an die Direction. 4) Eichberg (Nassau), Director, Meldung an den Landesdirector Herrn Sartorius in Wiesbaden. 5) Basel, Irrenklinik, Assistenzarzt, sofort. 6) Charlottenburg, Privat-Irren-Anstalt des Dr. Edel, Assistenzarzt sofort, 12—1500 M. 7) Pirna, Privat-Irren-Anstalt des Dr. Lehmann, Assistenzarzt sofort, 150 M. monatl. 8) Die Kreisphysicate: Düren (Aachen), M.-Gladbach (Düsseldorf), Greifenhagen (Stettin), Naugard (Stettin), Paderborn (Minden), Schroda (Posen), Wetzlar (Koblenz). Schlawe (Göslin), Soest (Arnsberg), Ziegenrück (Erfurt).

Besetzte Stellen. Blankenhain, Assistenzarzt Herr Dr. Ferdinand Mertz aus Kassel. Kreisphysicat Lippstadt durch Herrn Dr. Rheinen. Valduna in Vorarlberg, Director Herr Dr. Julius Huber.

Ehrenbezeugung. San.-Rath Dr. Stute, Kreisphysicus in Soest den rothen Adlerorden IV. Classe.

Todesfall. Kreisphysicus San.-Rath Dr. Goedeke in M.-Gladbach.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

CENTRALBLATT für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 15. Juli 1883. Nro. 14.

INHALT.

I. REFERATE. 338) A. B. Drousik: Ueber die Ursachen, welche die Schädelform beeinflussen. 339) M. Mendelssohn: Beitrag zur Frage nach der directen Erregbarkeit der Vorderstränge des Rückenmarkes. 340) S. Danillo: Localisation der Hallucinationen beim Hunde. 341) W. Bechterew: Ueber den Verlauf der die Pupillen verengenden Nervenfasern im Gehirn und über die Localisation eines Centrums für die Iris und Contraction der Augenmuskeln. 342) Ilja Jwanschin: Ueber den physiologischen Durst als Ursache von Temperaturerhöhung des thierischen Körpers. 343) J. A. Dembo: Ueber die Unabhängigkeit der Uteruscontractionen vom cerebrospinalen Nervensystem. 344) J. W. Godnew: Ueber den Einfluss des Sonnenlichtes auf den thierischen Organismus. 345) Al. Gudendorf: Ueber die Veränderungen in durchschnittenen Nervenfasern. 346) Stepanow: Histologische Untersuchung der pathologisch-anatomischen Veränderungen in den Geweben bei der acuten Anämie. 347) Stan. Danillo: Das Verhalten der Hirnrinde und des Rückenmarks bei Vergiftungen mit Alcohol und Absynth. 348) C. Westphal: Ueber eine dem Bilde der (multiplen)-cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des centralen Nervensystems ohne anatomischen Befund, nebst einigen Bemerkungen über paradoxe Contraction. 349) P. Rosenbach: Zur Casuistik der Hemianopsie. J. Grasset: De l'Amblyopie croisée et de l'Hemianopsie dans les lésions cérébrales. 351) Ballet: Bemerkung über eine trophische Störung der Haut bei Tabikern. 352) Grasset: Ueber die Gefahr der Anwendung des Secale cornutum bei der Tabes dorsalis. 353) Alfred Thomsen: Fall von Aphasie im Verlauf des Typhus bei einem Kinde. 354) Guillot: Injections chloroformiques sous-muqueuses. 355) A. Dochmann: Beobachtungen über Hysterie. 356) Schramm: Durchschneidung der nn. ulnaris und medianus in der Gegend des linken Ellbogengelenkes. 357) Schlier: Gehirnlähmung ohne Erscheinung von Gehirndruck nach Schlägen auf den Kopf. 358) D. Hack Tuke: Geisteszustand bei Hypnotischen. 359) W. Ireland: On the character and hallucination of Joan of Arc. 360) Fr. Lange: Beitrag zur Frage nach der Aetiologie der allgemeinen Paralyse.
II. VEREINSBERICHTE. 361) Eisenlohr: Ueber die Differentialdiagnose der Anfänge der Tabes und der spinalen Neurasthenie. 362) Pitres: Ueber Epilepsie Jacksonienne. 363) Galezowski: Emploi du cyanure de mercure contre l'atrophie papillaire. 364) Brown-Séquard: Hémorrhagies encéphaliques consécutives aux lésions de la moele. 365) Bert: Ueber Chloroformisation. 366) Magnan: Ueber Wortblindheit. 367) Magnan Ueber Worttaubheit. 368) Reynauld und Villejan: Ueber Methylenchlorid. 369) Bourdon: Ueber Gehirnatrophie in Folge Amputation eines Gliedes. 370) Richelod: Ueber collaterale Innervation gelegentlich einer Resection des Nervus medianus.
III. PERSONALIEN.

I. Referate.

338) **A. B. Drousik:** Ueber die Ursachen, welche die Schädelform beeinflussen. (Inaug. diss. (russisch) St. Petersburg 1883. 8⁰. 109 S. 3 lith. Taf.)

Verf. experimentirte unter Leitung von Prof. Lesshaft in Petersburg an neugeborenen Hündchen und Kätzchen und resumirt seine Resultate folgendermaassen.

I. 1) Die Schädelknochen verdicken sich proportional der Verminderung des Druckes von Seiten des Gehirnes auf ihre Innenfläche. 2) Die Entleerung der Augenhöhlen beeinflusst nicht nur die Form des Gesichtes, des Schädels und der Schädelhöhle, sondern bewirkt auch eine veränderte Vertheilung der Gehirnmasse in den einzelnen Regionen der Schädelhöhle, wobei die Endwindungen der Stirnlappen sich stets verdicken. 3) Eine abnorme Entwickelung des Gehirns sowie jede Veränderung seiner Form hat Einfluss auf die Configuration des Schädels und Gesichtes in Folge dessen, dass die Knochen des Schädels und Gesichtes gleich den übrigen des Skelettes die Fähigkeit besitzen, den abnormen Bedingungen ihrer Umgebung sich anzubequemen. 4) Die Exstirpation des Augapfels beeinflusst die Configuration des Schädels und der Schädelhöhle auf folgendem Wege: Die Verminderung des Druckes von Seiten der Augenhöhe hat zur Folge, dass die Knochen ihrer Umgebung nach der Richtung des verminderten Druckes hin ausweichen; die Backenknochen rücken nach oben und innen, die innere Wand der Orbita, welche zugleich die äussere Wand des vordersten Abschnittes der Schädelhöhle bildet, rückt nach aussen. Zugleich drängt die Gehirnmasse nach vorne, wo sie verminderten Widerstand findet, wodurch eben die normalen Druckbedingungen von Seiten des Gehirnes auf die Innenfläche seiner ganzen Knochenkapsel verschoben werden. Wenn der Druck auf der einen Seite steigt, fällt er auf der anderen. Dort geben die Knochen nach, wobei die Erhabenheiten auf ihrer Innenfläche sich abplatten, die Unebenheiten schwinden, während sie hier sich verdicken und nach Innen vorrücken in der Richtung des verminderten Druckes. Je unvollständiger daher die Entleerung der Augenhöhlen, desto hochgradiger sind die Raumveränderungen des Schädels, der Schädelhöhle und des Gehirns. 5) Die Stirnhöhle entwickelt sich umgekehrt proportional dem Drucke des Gehirns auf die Innenfläche der vorderen Partie des Schädelgewölbes.

II. 1) Mechanisches Zusammendrücken des Schädels hat eine Verlangsamung des Wuchses und Behinderung der Entwickelung des ganzen Organismus zur Folge. 2) Diese schädliche Wirkung ist am Gehirne selbst am wenigsten ausgesprochen, so zwar, dass in einem Theil der Fälle (16,6⁰/₀) Gewicht und Umfang desselben absolut normal blieb, in anderen wieder (16,6⁰/₀) das Procentverhältniss des Gehirns zum Körpergewicht normal war, während in einer dritten Reihe (66,6⁰/₀) das Gehirn im Verhältniss zum Körpergewicht grösser war. (Die Procentzahlen stimmen nicht um 0,2⁰/₀. Ref.) 3) Das mechanische Zusammendrücken des Schädels wirkt mit zur Ortsveränderung der einzelnen Gehirntheile und diese wieder von ihrem normalen Platze verdrängt verursachen ihrerseits weitere Veränderungen der Schädelform. 4) Die künstliche Veränderung der Schädelform beeinflusst das Gehirn nur in der Hinsicht, dass die Gehirnmasse mitsammt ihren knöchernen Wänden nach der Richtung des geringeren Widerstandes verdrängt werden. 5) Als directe Folge des mechanischen Druckes auf die Schädelwände und der Verdrängung der Gehirnmasse erscheint eine Vergrösserung des Druckes von Seiten des Gehirns auf die Innen-

fläche des Schädels. 6) Beim mechanischen Zusammendrücken des Schädels wird die Form seiner Knochen sowie die Richtung ihrer Entwickelung verändert *hauptsächlich* durch den Druck des Gehirns auf ihre Innenfläche und nur zum geringeren Theile durch den directen mechanischen Druck auf ihre Aussenfläche. 7) Der Schädel accomodirt sich am leichtesten dem vertical wirkenden Drucke, schwerer dem ringförmig horizontal wirkenden und am schwersten dem Drucke in beiden Richtungen zugleich. In den beiden letzten Fällen wird die Accomodation des Schädels behindert nicht nur desshalb, weil der Druck hier bequemer und auf eine grössere Oberfläche einwirkt, sondern auch darum, dass die Knochenränder gegeneinander gedrückt werden und daher die Naht rascher verwächst. 8) Bei mechanischem Druck wird nicht nur die Form des Schädels verändert, sondern es werden auch seine Wände verdünnt und die Unebenheiten der Innenfläche abgeplättet. Bei ungenügender Accomodation aber vermögen die Schädelwände nicht, sich dem vermehrten Druck von Seiten des wachsenden Gehirnes anzupassen, was in Exophthalmus, Gehirnerscheinungen seinen Ausdruck findet. 9) Der rings um den Schädel wirkende Druck veranlasst verstärkten Druck des Gehirnes auch im vorderen Theile der Schädelhöhle und beeinflusst dadurch nicht nur die Form des Schädels sondern auch die des Gesichtes, die Lage der Orbitaöffnung sowie die Form der Augenhöhlen selbst.

Buch (Helsingfors).

---

339) **M. Mendelssohn:** Beitrag zur Frage nach der directen Erregbarkeit der Vorderstränge des Rückenmarkes. (Arch. f. Physiologie 1883. 2. 3. Heft.)

Reizung der Vorderstränge des Rückenmarkes hat Bewegungen zur Folge, welche von Vielen als reflectorisch, durch Uebertritt der Erregung auf die Hinterstränge, angesehen werden. Mendelssohn hat aber gefunden, dass die Contraction des Gastrocnemius um 0,01—0,025 Sec. früher erfolgt, wenn die vordere Hälfte des Rückenmarkes (unterhalb des Abganges des Plexus brachialis) gereizt wird, als nach Reizung der Hinterstränge an der entsprechenden Stelle. Dieser Umstand spricht dafür, dass die Erregnng der Vorderstränge direct erfolgt und zu den Wurzeln geht, denn wenn jene gar nicht erregbar wären, sondern nur durch die Hinterstränge auf reflectorischem Wege die Erregung zu Stande käme, so müsste die Reactionszeit von den Vordersträngen umgekehrt grösser ausfallen.

Die Versuche wurden meist an Fröschen, gelegentlich auch an Kaninchen in den Laboratorien von Marey (Paris) und Rosenthal (Erlangen) angestellt. Obersteiner (Wien).

---

340) **S. Danillo:** Essai experimental de localisation anatomique des symptômes du delire toxique chez le chien. (Localisation der Hallucinationen beim Hunde.) (Compt. rend. 1882.)

D. hat den Umstand, dass sich bei Hunden durch Injection von Absynth Delirien mit Hallucinationen hervorrufen lassen, dazu benutzt

zu untersuchen, ob in der That die Sehhügel — wie dies von manchen Seiten behauptet wurde — bei der Entstehung von Hallucinationen betheiligt seien. Er hat die Thalami optici beiderseits entweder vollständig oder nur theilweise zerstört, und darnach bloss Lähmung und Contractur der vorderen Extremitäten, welche innerhalb 1 Stunde wieder zurückgingen, beobachtet. Nach Absynthinjection traten aber dann die Delirien in unveränderter Weise ein.

Wurde hingegen ein möglichst grosser Abschnitt der Hirnrinde exstirpirt, so kam es allerdings zu epileptischen Anfälle unter der Einwirkung des Absynthes, nicht aber zu Delirien. Nach Entfernung einer kleineren Strecke der Hirnrinde schienen die Delirien weniger heftig.

Es geht also daraus hervor, dass nicht der Thalamus opticus, sondern die Hirnrinde bei der Entstehung der hallucinatorischen Delirien betheiligt sei. Obersteiner (Wien).

---

341) **W. Bechterew** (Petersburg): Ueber den Verlauf der die Pupille verengenden Nervenfasern im Gehirn und über die Localisation eines Centrums für die Iris und Contraction der Augenmuskeln.
(Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. XXXI. 1883.)

Vollständige Durchschneidung des tract. optic. an verschiedenen Stellen seines Verlaufes, vom chiasma nn. opticorum an bis zum Kniehöcker, hatte Functionsausfall der entsprechenden Abschnitte beider Netzhäute, aber keine Veränderung in der Weite der Pupille zur Folge; Reaction auf Lichtreiz geschah regelmässig. Dasselbe Verhalten der Lichtreaction bei isolirter Zerstörung des hinteren Theiles des thal. optic. und der corpor. geniculata. Nach oberflächlichen und beschränkten Läsionen der Vierhügel traten (bei Hunden) Sehstörungen (Hemianopsie) ein, jedoch war die Lichtreaction in vielen Fällen regelmässig. Nur bei tieferen Verletzungen in der Gegend des Oculomotoriuskerns stellt sich nebst Ablenkung des entsprechenden Auges nach aussen Pupillenerweiterung ein. Ebenso fahren bei Tauben nach Zerstörung der corp. bigemin. die Pupillen fort, auf Lichtreiz zu reagiren und behalten ihre normale Weite. Also: weder im tract. optic., noch in dessen centraler Endigung, in den corp. geniculat. und corp. quadrigem. höherer Thiere und corp. bigemin. der Vögel sind reflectorische, der Verengung der Pupille dienende Fasern enthalten. Bei den früheren Experimenten in der Trichterregion des 3. Ventrikels, über welche in diesem Centralbl. mehrfach referirt worden, sind vom Verf. Erscheinungen, die Pupille und Bewegungen der Augäpfel betreffend, mitgetheilt, die einerseits die von Hensen und Völker's aufgestellten Thatsachen bezüglich des Verhaltens der Pupille bei Reizung oder Verletzung der am Boden des 3. Ventrikels gelegenen, also der centralen grauen Substanz bestätigen, andererseits die Deutung dieser Autoren sowohl für das Centrum der Augenbewegung, als für das Centrum der Pupillenbewegung nicht gelten lassen. Vielmehr sucht Verf. ersteres in den Kernen der Bewegungsnerven der Augen selbst, letzteres aber weiter nach hinten und betrachtet die centrale graue Substanz

nur als Bahn zum Centrum. Daraus nun, dass Durchschneidung des Chiasma und auch der Trichterregion in sagittaler Richtung deutliche Veränderungen der Pupillen nicht zeigen, zieht Verf. den Schluss, dass die Pupillen verengenden Fasern in die entsprechende Hälfte der centralen grauen Substanz ohne Kreuzung eintreten und ferner daraus, dass Durchschneidung einer Seitenwand des Ventrikels Erweiterung und Unbeweglichkeit der Pupille an demselben Auge hervorbringt, dass diese Fasern auch in ihrem weiteren Verlaufe ungekreuzt bleiben. Das reflectorische Centrum für diese Fasern nun, verlegt Verf. in den Kern des Oculomotorius selbst, zumal da Zerstörung desselben, sowie Durchschneidung des Oculomotorius Erweiterung der entsprechenden Pupillen ad miximum und vollständige Unbeweglichkeit derselben bei directem, wie bei indirectem (Einwirkung auf das anderseitige Auge) Lichtreiz zur Folge hat. Jede Pupille hat einen selbstständigen Reflexbogen; es wird angenommen, dass die pupillenverengenden Fasern an der Netzhaut des Auges ihren Anfang nehmen, im Sehnerven verlaufen, hinter dem Chiasma unmittelbar in das die Höhle des 3. Ventrikels umlagernde Centralgrau eintreten, zu den Kernen der Ni. oculomotorii ziehen und dann im Stamm des Occulomotor. wieder zur Peripherie zurückkehren. Commissuralfasern zwischen beiden Oculomotoriuskernen vermitteln wahrscheinlich die Verbindung beider Bogen, in Folge deren der Reflex von einem Auge auf die Pupille des anderen übertragen werden kann. Die erweiternde Einwirkung schmerzhafter Reize auf die Pupille wird nicht durch Sympathicusfasern vermittelt, sondern kommt selbstständig durch Hemmung des Lichtreflexes zu Stande. Die sogenannte reflector. Pupillenstarre wird aller Wahrscheinlichkeit nach durch solche pathologischen Processe bedingt, welche die Bahn des Lichtreflexes in ihrem Verlauf vom Chiasma zum Oculomotoriuskern unterbrechen. Goldstein (Aachen).

---

342) **Ilja Iwanschin:** Ueber den physiologischen Durst als Ursache von Temperaturerhöhung des thierischen Körpers. (Inaug. diss. 8⁰. 27. S. russisch. St. Petersburg 1883.)

Verf. fand, dass der Durst allein, hervorgerufen durch Fütterung mit Salzfleisch, an Hunden eine Temperaturerhöhung im Rectum um 1° C. und mehr verursachen kann, wenn kein Wasser gereicht wird. In den Controllversuchen, wo nach dem Salzfleisch nach Bedürfniss Wasser gereicht wurde oder nach Füttern mit frischem Fleische blieb die Temperatur unverändert. Verf. bezieht diese Erscheinung auf reflectorische Verengerung der Hautgefässe und dadurch bedingte verminderte Wärmeabgabe von der Haut. Buch (Helsingfors).

---

243) **J. A. Dembo:** Ueber die Unabhängigkeit der Uteruscontractionen vom cerebrospinalen Nervensystem. (Inaug. diss. St. Petersburg 1883. 8°. 75 S. russisch.)

Verf. hat bei Vulpian in Paris 165 sehr verschiedenartig angeordnete Versuche an 132 Thieren, 92 Kaninchen, 5 Hunden, 2 Katzen, 14 Kühen, 10 Kälbern und 9 Schafen angestellt und fasst seine Resultate folgendermaassen zusammen:

1. Die Gebärmuttercontractionen können vermöge eines nicht in der Gebärmutter selbst, sondern in der Scheide gelegenen Apparates vollständig unabhängig vom cerebrospinalen Nervensystem auftreten.

2. Die Hauptgruppe dieser Centren ist in der vorderen Wand der Scheide in der Nähe ihrer peritonealen Schicht zu suchen.

3. Die „spontanen Uteruscontractionen" der Autoren erfolgen nicht spontan, sondern stets in Folge irgend einer Reizung — mechanischen, chemischen oder physicalischen.

4. Unter allen Altersklassen und Lebensperioden reagirt die jungfräuliche Gebärmutter am besten auf electrische Reize, die schwangere hingegen sehr schlecht; dagegen ist die letztere sehr empfindlich gegen thermische und mechanische Reize.

5. Wenn man an einer Gebärmutter längere Zeit experimentirt oder sie einfach einige Zeit dem Einfluss der Luft unterwirft, so nimmt die Empfindlichkeit gegen electrische Reize ab, gegen mechanische und thermische aber zu.

6. Die Befunde Cyons u. A., dass sehr junge Gebärmütter keine wirklichen Contractionen geben, wie auch die Annahme Onimus, dass die nicht schwangere Gebärmutter in einem Zustande des Winterschlafes" (a l'état d'hibernation) sich befinde, glaubt Verf. durch seine directen Versuche widerlegt.

7. Kehrer's „Gesetz der rhytmischen Nachwirkungen" konnte Verf. nicht bestätigen. Buch (Helsingfors).

---

344) **J. W. Godnew** (Kasan): Ueber den Einfluss des Sonnenlichtes auf den thierischen Organismus. (8⁰. 125 S. Kasan 1883.)

Verf. hat durch diese ausserordentlich fleissige, unter Leitung von Prof. Subotin ausgeführte Arbeit mittels einer grossen Reihe ungemein sinnreicher und vielfach veränderter Experimente mit sehr überzeugenden Resultaten unsere Kenntnisse über den Gegenstand in bedeutendem Grade gefördert. Leider können wir auf die zum Theil sehr interessanten und lehrreichen Experimente nicht eingehen und müssen uns daher hauptsächlich auf die Wiedergabe der Resultate beschränken.

Sämmtliche Gewebe des lebenden sowohl wie des todten thierischen Organismus (Mensch, Katze, Hund) sind durchgängig für alle Strahlenarten der Sonne, Wärmestrahlen, Lichtstrahlen und chemische (ultraviolette) Strahlen. Die Gewebe, namentlich wieder die lebende Haut und alle untersuchten todten Gewebe haben die Fähigkeit, einen Theil aller genannten Strahlen zu absorbiren, eine gewisse Zeit zu bewahren und dem umgebenden Medium mitzutheilen. Die Gewebe haben die Fähigkeit, stark brechbare Strahlen in schwächer brechbare, Lichtstrahlen in Wärmestrahlen, dunkle ultraviolette in Lichtstrahlen umzuwandeln. (Letzterer Satz ist zum Theil wenigstens nicht ganz unanfechtbar. Verf. liess die Wärmestrahlen durch Citronensäure und Alaun absorbiren, sammelte dann die austretenden kalten Lichtstrahlen durch eine Linse und liess den Brennpunkt derselben auf eine Hautstelle fallen. Stets erwies sich nach dem Versuche die betreffende

Hautstelle, mit dem Differentialthermometer gemessen, höher temperirt als die umgebende benachbarte Haut. Doch hat Verf. nicht durch Controlversuche nachgewiesen, dass auch wirklich alle Wärmestrahlen absorbirt waren. Wirklich überzeugend scheint aber folgender Versuch an Glühwürmchen. Dieselben verloren die Fähigkeit zu leuchten, wenn man sie zwei Tage lang im Dunkeln hielt, sie gewannen diese Fähigkeit jedoch wieder, wenn man die leuchtenden Ringe des Körpers auf kurze Zeit dem Sonnenlichte oder aber auch *nur den ultravioletten* Strahlen des Spectrums aussetzte. Ref.)

Durch diese Versuche ist bewiesen, dass das Licht einen bedeutenden Einfluss auf die thierischen Gewebe hat und in Folge dessen auch auf die Lebensbedingungen des Organismus. In welcher Richtung dies nun geschieht, wurde durch weitere Reihen von Experimenten untersucht.

Würmer, Hühnerküchel, Katzenjungen entwickelten sich rascher und nahmen bedeutender an Gewicht zu im Lichte als im Halbdunkel; hungernde Thiere dagegen (Kätzchen, Frösche) nehmen im Lichte rascher an Gewicht ab und sterben früher als im Dunkeln. Bei Fröschen mit durchschnittenen Nerven stellten sich die Bewegungen in den gelähmten Extremitäten viel schneller ein, wenn sie sich im Lichte aufhielten, als im Halbdunkel. Bei Fischen mit abgeschnittener Schwanzhälfte wuchs dieselbe im Lichte viel rascher an als im Halbdunkel; dasselbe erfolgte, wenn Verf. dieselben Fische die Rollen tauschen liess und das Experiment wiederholte. Bei Hühnern und Hündchen vernarbten künstlich hervorgerufene Hautdefecte rascher beim Aufenthalt im Lichte als im Halbdunkel.

Bei Menschen und Katzen war die Ausfuhr von Harn, Harnstoff, Chloriden und Phosphaten im Lichte bedeutender als im Dunkeln; das Verbinden oder Verkleben der Augen dagegen hatte keinerlei Einfluss auf den Harn sowohl beim Menschen (ein Versuch) sowie den Katzen. Auch die Kohlensäureausfuhr ist im Lichte stärker als im Dunkeln. Die Herzthätigkeit und Athmung war im Lichte etwas schneller als im Dunkeln (2 Personen). Ferner war auch die Wärmeabgabe von der Haut (Katzen) im Licht bedeutender als im Dunkeln. Auf die Speichelabsonderung schien das Licht keinen Einfluss zu haben.

Die Sinnesorgane betreffend, so fand Verf. dass unter dem Einfluss des Tageslichtes die Feinheit des Geruchs-, Geschmacks- und Tastsinns höher war, die des Gehörs geringer als nach längerem Verweilen im Dunkeln.

Apomorphin und Pilocarpin, Menschen subcutan beigebracht, entwickelten ihre Wirksamkeit im Lichte rascher als im Dunkeln; dagegen war an mit Cyankalium und Strychnin vergifteten Fröschen kein Einfluss des Lichtes auf die Schnelligkeit zu erkennen, mit welcher der Tod eintrat. Buch (Helsingfors).

---

345) **Al. Gudendorf:** Ueber die Veränderungen in durchschnittenen Nervenfasern. (Inaug. diss. 8⁰. 48 S. 1 lith. Taf. russisch. St. Petersburg 1882.)

Aus den Resultaten heben wir hervor, dass 1) in durch-

schnittenen Nervenfasern nur die Axencylinder und das Myelin zerfallen und dass 2) die prima intentio an durchschnittenen Nervenfasern unmöglich ist. Buch (Helsingfors).

---

246) **Stepanow:** Histologische Untersuchung der pathologisch-anatomischen Veränderungen in den Geweben bei der acuten Anämie.

(Inaug. diss. 8⁰. 38 S. russisch. St. Petersburg 1882.)

Die Arbeit ist unter Leitung von Prof. Iwanowsky verfasst und führte zu folgenden Resultaten. 1) In den Wänden der Capilaren sind das Zellprotoplasma und die Kerne körnig getrübt, die letztern geschwellt, in der Pia mater bisweilen proliferirt. Die körnige Trübung ist bisweilen fettigen Charakters. Die Capillaren sind durchgängiger, wesshalb verstärkte Auswanderung sowohl weisser wie rother Blutkörperchen beobachtet wird, besonders in der Pia mater, Gehirnsubstanz und Leber, so dass das microskopische Bild dieser Gewebe häufig die grösste Aehnlichkeit mit Eiterinfiltration hatte. Auch Austritt der Blutmasse durch Rhexis wird nicht selten beobachtet. Die andere Art von Gefässveränderung, die nur im Herzen und Gehirn von Hunden gefunden wurde, und ausser den Capillaren auch die feinsten Venen und Arterien betraf, besteht in hyaliner oder glasiger Entartung der gesammten Gefässwand; dieselbe ist verdickt, durchaus homogen und wurde durch kein Reagens gelöst oder gefärbt. 2) Im Gewebe des Gehirnes wurde ausser den schon geschilderten Veränderungen und einem bisweilen starken Oedem auch Veränderungen der Nervensubstanz selbst gefunden, welche sich vornehmlich in Aufhellung und Verminderung der körnigen Beschaffenheit des Protoplasmas der Nervenzellen zeigten sowie Vergrösserung der intencellularen Räume und Anfüllung derselben mit weissen Blutkörperchen; oder aber es wurden die Nervenzellen geschwellt gefunden, mit trüb körniger Beschaffenheit des Protoplasma, undeutlichen Kerncontouren, wobei ebenfalls das die zellenumgebende Gewebe von weissen Blutkörperchen erfüllt waren, welche bisweilen auch in das Protoplasma der Nervenzelle selbst eingedrungen waren (?! Ref).

Ferner sah er auch die von Prof. Popaw beschriebenen Hyalinschollen die feinen Gefässe verstopfen oder von aussen zusammendrücken. Buch (Helsingfors).

---

347) **Stan. Danillo:** Contribution a la physiologie pathologique de la région corticale du cerveau et de la moelle, dans l'empoissonnement par l'alcool éthylique et l'essence d'absinthe. (Das Verhalten der Hirnrinde und des Rückenmarks bei Vergiftungen mit Alcohol und Absynth.)

(Arch. de phys. norm. et path. 1883.)

Die Menge Alcohols, welche nöthig ist, um bei einem Hunde vollständige Anästhesie zu erzeugen hängt von der Grösse des Thieres ab; im Allgemeinen werden 4—6 gm. per Kilogramm Körpergwicht in die Nerven injicirt (man kann ohne Gefahr Alcohol bis 45⁰ nehmen) ausreichen. Im Alcoholcoma ist anfänglich Hyperämie der Hirnoberfläche vorhanden, welche aber bald einer deutlichen Anaemie weicht.

Solange die Alcoholwirkung anhält, hat die Hirnrinde ihre electrische Erregbarkeit fast gänzlich eingebüsst; es gelingt durch Rindenreizung weder einzelne Muskelcontractionen, noch epileptische Anfälle zu erzeugen. Aber auch jene epileptischen Anfälle, welche spontan nach Entblössung der motorischen Zone auftreten, können durch Alcoholisation coupirt werden.

Wird einem Hunde eine kleine Dosis Absynth-Essenz (0.01 per Kilo Körpergewicht) in eine Vene (V. Saphena) injicirt, so treten alsbald heftige epileptische Anfälle mit einem ersten tonischen und einem zweiten klonischen Stadium auf. Nach wiederholten kleinen Dosen verschwindet das tonische Vorstadium, gleichzeitig nimmt aber auch die Reflexerregbarkeit in hohem Grade zu, so dass die Thiere den Eindruck machen, als ob sie mit Strychnin vergiftet wären. Wird nun eine grössere Menge Absynth injicirt, so tritt (häufig geschieht dies auch schon nach einer oder mehreren kleinen Dosen) ein eigenthümlicher Zustand von Delirium mit Hallucinationen auf. Die Hunde fangen an zu bellen, spitzen die Ohren, blicken erstaunt ins Leere, beissen um sich in die Luft, kratzen den Boden u. dergl.

Die Dosis von 0.1 per Kilogramm Körpergewicht ist meist tödtlich.

Wenn man nun während das Thier sich im Stadium der epileptischen Anfälle oder der Delirien befindet Alcohol, und zwar 1—2 gramm per Kilo Körpergewicht injicirt, so werden jene alsbald coupirt. Allerdings darf aber der Alcohol nicht als Gegengift des Absynths im strengen Sinne angesehen werden; denn in grossen Dosen summiren sich ihre Wirkungen und der Tod tritt nur desto schneller ein.

Herr Danillo hatte die Freundlichkeit, die wichtigsten der angeführten Experimenten vor dem Ref. zu wiederholen; der Erfolg war durchwegs ein äusserst präciser. Obersteiner (Wien).

---

348) **C. Westphal:** Ueber eine dem Bilde der (multiplen)-cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des centralen Nervensystems ohne anatomischen Befund, nebst einigen Bemerkungen über paradoxe Contraction. (Arch. f. Psych. XIV. 1. p. 87.)

W. demonstrirt das Vorkommen dieser Neurose, für die er den Namen „Pseudo-Sclerose“ vorschlägt an 2 von ihm beobachteten Fällen. Den sehr genauen Krankheitsgeschichten setzt Verf. selbst folgende Resumé's voran:

1. Joseph Neugebauer, Arbeitsbursche, hereditär belastet. „Beginn der Erkrankung im 18. Lebensjahre (1866) mit *motorischer Schwäche* der oberen und unteren Extremitäten, sehr leichter *Gehstörung, Doppelsehen.* Später (1872) ausgesprochener Schwachsinn; Zunahme der Bewegungsstörung der Extremitäten, *Steifigkeit* der unteren, *Zittern* der oberen und unteren bei willkürlichen Bewegungen, *paradoxe Contraction. Zittern des Kopfes,* der Zunge und des Unterkiefers, der Mundmuskulatur bei willkürlichen Bewegungen. *Verlangsamung* aller Bewegungen, auch der *Augenbewegungen. Sprachstörung,* Parese der Motilität der Zunge. Tod im J. 1875, 9 Jahre nach Beginn der Erkrankung.“

Die Section ergab leicht ödematöse Pia, anämisches Gehirn und schmale Windungen, nirgendswo sclerotische Partien.

2. Bödler, Schuhmacher 36 J. alt (im J. 1877) hereditär belastet. 1871 Typhus abdominalis. Später Schwäche der Beine und Schmerzen . . Gefühl von Abgestorbensein der Hände. Besserung. Später Gelenkschmerzen und um den Leib herum, Urinlassen erschwert, leichte Ermüdung, Zittern in Beinen und Armen beiderseits. Kopfschmerz und Benommenheit. Störung und Erschwerung der Sprache . . . Steigerung der früheren Erscheinungen. Zwei bis 3 J. vor der Aufnahme (14. 4. 77) Unsicherheit im Dunkeln, Anfälle subjectiver Sehstörungen und Schwindel. Bewusstlosigkeit angeblich in Folge eines Schrecks, danach erhebliche Verschlechterung: Anfall heftiger Schmerzen in allen Gelenken, Besserung. Anfall von Bewusstlosigkeit . . . vorübergehend. Kommt nun in Beobachtung: Es besteht *Sprachstörung, Zittern bei willkürlichen Bewegungen,* eigenthümlicher starrer Gesichtsausdruck, *Schwäche der ob. und unt. Extremitäten.* Umfallen bei geschlossenen Augen, passive Bewegungen z. Th. gehindert (Strecken des Knies), Kniephänomen vorhanden, *paradoxe Contraction* bei Dorsalflexion des Fusses. Anfallsweises Auftreten von Wuthanfällen, während des späteren Krankheitsverlaufs, mit z. Th. fehlender Erinnerung, Ohnmachtsanfälle. Besserung der Sprache und des Zitterns nach einer Angina tonsillaris. Ende August 77 plötzlich auffallende Besserung aller Lähmungserscheinungen, Entlassung. An demselben Tage Wiederaufnahme wegen eines Anfalles von Bewusstlosigkeit, vollständige Paralyse der Sensibilität und Motilität der rechten Extremitäten, links Hyperästhesie, starke Sprachstörung; Hinzutreten motorischer und sensibler Paralyse der linken Extremitäten mit Zittern bei Versuch zu willkürlichen Bewegungen derselben. — *Paradoxe Contraction* im Bereiche des Tibialis anticus und der Flexoren des Kniegelenks. Keine Parese im Gebiete des Facialis. Später Rigidität, Contracturen, Zittern, eigenthümliches Verhalten gewisser passiv hervorgebrachter Stellungen der Glieder . . Verlangsamung von Bewegungen . . . Am 30. 11. 77 Anfall heftigster Schmerzen, gesteigert durch Druck auf Nervenstämme; Aufhören der paradoxen Contraction im Gebiet des Tibial. ant. Nach mehreren Tagen vollständiges Wohlbefinden und erhebliche Besserung der Lähmungserscheinungen und der Rigidität . . Im April und Mai 1878 neuer Anfall von Schmerzen, später Zunahme des Zitterns und der Sprachstörung (intercurrente Tobanfälle). Im Octbr. 78 erhebliche Besserung aller Erscheinungen . . . am 16. 10. 78 entlassen. Später in anderen Krankenanstalten unter gleichen Erscheinungen und gleichem Verlauf. Tod plötzlich am 2. 3. 81."

Die Section ergab ausser etwas Gehirnödem nichts positives. — Die mikroscopische Untersuchung von Gehirn und Rückenmark — im Fall I. und II. — hatte ebenfalls ein negatives Resultat in Bezug auf die Erscheinungen im Leben. —

Der letzte Theil der Westphal'schen Ausführungen umfasst theoretische Erörterungen über die „paradoxe Contraction". —

Langreuter (Dalldorf).

349) **P. Rosenbach** (Petersburg): Zur Casuistik der Hemianopsie. (St. Petersb. med. Wochenschrift Nr. 12. 1883.)

Verf. beobachtete folgenden Fall: Frau von 34 Jahren, hereditär belastet, erlitt im 11. Lebensjahre einen heftigen Schlag in die rechte Schläfe, der mehrstündigen Bewusstseinsverlust zur Folge hatte. Seit 8 Jahren Anfälle von Convulsionen mit Bewusstseinsverlust. Abnahme der Sehkraft des rechten Auges schon seit langer Zeit, Schwäche der rechtsseitigen Extremitäten und Verziehung des Gesichtes in den letzten Jahren. Keine Apoplexie vorhergegangen, über Syphilis nichts zu eruiren. Stat. praes.: Parese des rechten unteren Facialisastes, Parese der rechten Extremitäten mit verstärkten Sehnenreflexen. Galv. und farad. Erregbarkeit der Muskeln rschts verringert. Sehvermögen rechts bedeutend vermindert. An beiden Augen absoluter Defekt der r. Gesichtsfeldhälfte (Hemianopsie dextra bilateralis) Pupille des r. Auges erweitert. Reaction auf Lichtreiz bei beiden Pupillen erhalten. Ophthalmoscopisch keine Veränderung. Allgemeine Herabsetzung der Geistesthätigkeit und Gedächtnissschwäche.

Während der 6 monatlichen Beobachtung in der Klinik des Prof. Mierszejewsky wurden epileptische Anfälle, epileptoide Convulsionen und Zustände von plötzlicher Abwesenheit ohne Convulsionen constatirt. Ferner trat bald eine anamnestische Aphasie auf, die Amblyopie des r. Auges sank zeitweilig zu völliger Amaurose, besserte sich dann wieder und erst in den letzten Wochen des Lebens stelltc sich rechterseits völlige Blindheit ein. Die bilaterale, rechtsseitige Hemianopsie blieb stationär. Später trat während mehrerer Wochen eine Gleichgewichtsstörung auf, bis schliesslich ein heftiger epileptischer Anfall erfolgte, der mit dem letalen Ausgang schloss. Die Section zeigte: Erweichung der corp. striat, der caps. intern. und des äusseren Theiles des Thalamus optic. linkerseits, Geschwülste (sarcomatöser Natur) in den hinteren Abschnitten beider Sehhügel, graue Degeneration und Atrophie des l. tract. opticus. Die Verdünnung des rechten Sehnerven muss mit der Abnahme der Sehkraft des rechten Auges in Zusammenhang gebracht werden, während die graue Degeneration und Atrophie des l. tract. opticus das pathelog. anatomische Substrat für die bilaterale rechtsseitige Hemianopsie liefert. Verf. polemisirt hauptsächlich gegen Dickinson (siehe dieses Centralbl. 1882. Nr. 2 u. 11) als neuesten Vertreter der totalen Decussation im Chiasma.

Goldstein (Aachen).

---

350) **J. Grasset** (Montpellier): De l'Amblyopie croisée et de l'Hemianopsie dans les lésions cérébrales. (Montpellier médical. Févr. 1883.)

Zur Erklärung der klinischen Beobachtungen Charcot's in der Salpétrière, dass sich Hemianaesthesie aus cerebraler Genese wohl mit gekreuzter Amblyopie, aber nicht mit Hemianopsie verbindet, schien bekanntlich Graefe's Theorie der einfachen Semidecussatio der Opticusfasern im Chiasma nicht zureichend. Charcot selbst stellte deshalb ein Schema auf, in dem sich die inneren Opticusfasern wie früher im Chiasma, die äusseren dagegen weiter hinten, etwa in der Gegend der

Vierhügel, ebenfalls kreuzen, so dass nach dieser letzteren Kreuzung die gesammten Opticusfasern eines Auges in der ungleichnamigen Hemisphäre weiter verlaufen. Läsion eines Tractus optici bedingt danach bilaterale homonyme Hemianopsie, ein intracerebraler Herd dagegen gekreuzte Amblyopie. Nach dem Verf. stimmt dieses Schema weder mit den bekannten allerdings nicht genug bestätigten Munk'schen Experimentalergebnissen an Hunden und Affen (Abtragung der Hinterhauptslappen), noch kann es den Kliniker befriedigen. Verf. stellt aus der Literatur 13 durch das Sektionsresultat erhärtete Fälle zusammen, welche die klinische Existenz einer Hemianopsie cerebralen Ursprungs besonders bei Läsion des Occipitallappens beweisen. Das Schema Féré's, eines Schülers Charcot's, ist im Wesentlichen nur eine Wiederholung des Gräfe'schen und kann nicht genügen, da es die Thatsache der gekreuzten Amblyopie bei Cerebralaffectionen nicht erklärt.

Verf. proponirt daher eine Modifikation der Charcot'schen Theorie und lässt die äusseren Optikusfasern nach ihrer ersten Kreuzung in der Gegend der Vierhügel noch eine zweite Kreuzung jenseits der innern Kapsel eingehen, sodass nunmehr jede innere Kapsel die gesammten Opticusfasern des ungleichnamigen Auges, jeder Occipitallappen dagegen die äusseren Opticusfasern des gleichnamigen und die inneren des entgegengesetzten Auges enthält. Nach seinem Schema bedingt also Läsion eines Tractus opticus Hemianopsie, ein Herd etwa in der inneren Kapsel gekreuzte Amblyopie und eine Affection des Occipitallappens wiederum Hemiopie. Gottlob (Grafenberg).

---

351) **Ballet** (Hospice de la Salpêtrière): Note sur un trouble trophique de la peau observé chez les tabétiques. (Etat ichthyosique.) (Bemerkung über eine trophische Störung der Haut bei Tabikern.

(Le Progrès méd. 1883. Nro. 20.)

Verf. beschreibt einen eigenthümlichen Zustand der Haut, den er bei Tabischen beobachtet hat. Derselbe beruht auf fehlerhafter Ernährung der Cutis und mangelhafter Regeneration der Epidermisschichte. Er verdient um so grösseres Interesse, als er in einem gewissen Zusammenhang mit dem kürzlich von Joffroy und Pitres geschilderten Ausfallen der Nägel und andern Ernährungsstörungen zu stehen scheint. Die Aufmerksamkeit wurde zum ersten Male auf diese Alteration hingelenkt bei einem 39 jährigen Manne, der an Tabes litt und gleichzeitig durch das Aussehen seiner Haut auffiel. Dieselbe war (besonders an den hyperästhetischen Stellen) rosaroth, livide verfärbt. Sie war trocken, verdickt und an der Oberfläche bestand eine ausgesprochene Abschuppung der Epidermis. Es handelte sich um eine Art Ichthyosis, welche fast den ganzen Stamm einnahm. Anfangs glaubte Verf. eine zufällige Complication vor sich zu haben. Weitere Beobachtungen haben ihn jedoch eines andern belehrt. Er theilt deshalb drei hierher gehörige Krankengeschichten mit, welche folgende Thatsachen ergeben:

1. Bei Tabikern können *permanente* trophische Störungen von Seiten der Haut angetroffen werden.

2. Diese trophische Störungen unterscheiden sich bezüglich ihres Aussehens und ihrer Entwickelung von den bisher beschriebenen. Die Hauteruptionen (Herpes u. A.), die Echymosen, das Mal perforant bilden in der That nur einfache vorübergehende und zufällige Episoden. Der ichthyosische Zustand der Haut ist dagegen eine Ernährungsstörung mit langsamer, wahrscheinlich progressiver Evolution in gleicher Art wie die Alteration der Knochen.

3. Diese Ernährungsstörung ist gekennzeichnet durch Verdickung und Verdunkelung der Haut, Desquamation der Epidermis, deren Theilchen sich mitunter zu förmlichen Schuppen anhäufen.

4. Beobachtet wird diese Alteration an denjenigen Stellen, an denen Sensibilitätstörungen (blitzartige Schmerzen, Anästhesien, Hyperästhesien) constatirt worden sind.

Die Extremitäten, besonders die oberen scheinen am häufigsten befallen zu werden. Der Rücken der Hand sieht mitunter so entstellt aus wie bei Pellagra.

5) Das Ausfallen der Nägel scheint nur eine besondere Art dieser Ernährungsstörung zu sein.

Die Haut ist bei der Tabes häufig alterirt. Aehnliche Störungen wie die eben geschilderten sind übrigens auch in gewissen Fällen von Neuritis beobachtet worden. Rabow (Berlin).

---

352) **Grasset** (Montpellier): Dangers du seigle ergoté dans l'ataxie locomotrice progressive. (Ueber die Gefahr der Anwendung des Secale cornutum bei der Tabes dorsalis.) (Le Progrès méd. Nro. 11, 1883.)

Ein seit längerer Zeit an Tabes leidender, 38jähriger Mann, nimmt auf ärztliche Verordnung 0,25 Secale cornutum. Er steigert diese Dosis täglich um 0,05. Nachdem er es berereits bis zu 1,0 pro die gebracht und diese Menge zum zweiten Male zu sich genommen, sieht er sich von einer Lähmung sämmtlicher Extremitäten und der Stimme befallen. Er kann sich nicht mehr bewegen. Seit 1 oder 2 Tagen fühlt er bereits das Herannahen der Paralyse. Die Sensibilität ist sehr vermindert. Er hat nirgends Schmerzen, aber er kann sich weder erheben, noch setzen; kurz er ist zur absolutesten Bewegungslosigkeit verdammt. Das Mutterkorn wird ausgesetzt, und eine Besserung der vorher geschilderten Symptome tritt sofort ein und macht allmälig dem früheren Zustande Platz.

Dieser Fall verdient um so mehr Beachtung, als in letzter Zeit die Verabreichung des Secale cornutum bei Tabes von vielen Autoren empfohlen worden ist und manche sich nicht scheuen 1—2 Gramm täglich zu geben (Hammond, Waldmann etc.). Interessant ist dieser Fall auch wegen seiner Beziehungen zu den diesbezüglichen Experimenten von Tuczek. Rabow (Berlin).

---

353) **Alfred Thomsen** (Kopenhagen): Et Tilfaelde af Afasi i Forloebet af Tyfus hos et Barn. (Fall von Aphasie im Verlauf des Typhus bei einem Kinde.) (Hosp. Tidende 1882 Nro. 50.)

Der Fall betrifft einen $8^3/_4$j. Knaben, der sich in der vierten

Woche des Typhus befand. Nachdem ein ca. 6 Tage dauernder somnolenter Zustand unmittelbar vorausgegangen, erwacht Pat. nach einer sehr unruhigen Nacht mit klarem Bewusstsein aber *vollständig aphasisch.* Er konnte nur einzelne unarticulirte Laute hervorbringen. Gehör normal, keine Lähmungen. Die Temperatur, kurz zuvor noch continuirlich zwischen 40^0 und 41^0 sich bewegend, war gleichzeitig auf 38,2 gesunken. Die Aphasie blieb eine Woche lang unverändert, um dann allmälig abzunehmen, so dass Pat. am 11. Tage sich bereits durch einsilbige Worte einigermassen verständlich machen konnte. 5 Tage später, als die Temperatur normal geworden, war auch die Aphasie gänzlich geschwunden, nur war die Sprache etwas langsam und erforderte deutliche Anstrengung. Die Aphasie hatte also i. G. 15 Tage gedauert. Verf. hebt als eine bisher in diesen Fällen noch nicht erwähnte Erscheinung hervor, dass der Urin nicht unbedeutende Quantitäten *Eiweiss* enthielt, und dass dieser Eiweissgehalt gleichzeitig mit dem Verschwinden der Aphasie geschwunden war.

Im Anschluss an diesen Fall giebt T. eine tabellarische Uebersicht über die gesammte bisher veröffentlichte Casuistik von Aphasie im Verlauf des Typhus bei Kindern, i. G. 19 Fälle.

Dehn (Hamburg).

---

354) **Guillot:** Injections chloroformiques sous-muqueuses. (Le Progrès méd. Nro. 12. 1883.)

Seit 6 Jahren macht Guillot bei heftigen Zahnschmerzen Chloroforminjectionen in das submucöse Gewebe des Zahnfleisches. Dies Verfahren ist bereits früher von Dop (Toulouse) angewandt und empfohlen worden; weil es am schnellsten zum Ziele führt. Während Dop nur einige Tropfen injicirte und je nach den Fällen diese Injectionen mehrere Tage nach einander wiederholte, spritzt G. sogleich eine halbe Pravaz'sche Spritze Chloroform in das submucöse Zahnfleischgewebe hinein. An der Einstichsstelle hat er niemals unangenehme Reactionserscheinungen gesehen. Rabow (Berlin).

---

355) **A. Dochmann** (Kasan): Beobachtungen über Hysterie. (Jahrbuch der Kasaner medicinischen Gesellschaft 1882. Nro. 14 und 15, russisch.)

Verf. theilt 6 Fälle von Hysterie mit, darunter einen, der einen jungen Mann betraf. Verf. beobachtete an demselben einen Anfall von echter Hysteria major, welcher sofort beseitigt wurde „durch Drücken auf den Leib an der Stelle, wo es bei Frauenzimmern gewöhnlich geschieht", zugleich wurde eine bedeutende Verlangsamung des Pulses beobachtet. Dieser Fall sowie einige andere an Frauenzimmern die keine Spur von Empfindlichkeit der Ovarien darboten und bei denen gleich wohl der hysterische Anfall durch Drücken auf die Gegend der Eierstöcke prompt beseitigt wurde, brachten den Verf. zur Ueberzeugung, dass in vielen Fällen die Beseitigung der hysterischen Anfälle durch Drücken auf den Leib nichts mit den Eierstöcken zu thun hat. In einem der weiblichen Fälle z. B. ging die Aura immer von der bedeutend vergrösserten und druckempfindlichen Milz

aus, gleichwohl wurden die Anfälle stets durch Drücken in der Gegend der keineswegs empfindlichen Eierstöcke beseitigt.

Die Therapie betreffend, so hat Verf. in einigen Fällen anhaltend Heilung von Chinin in grossen Dosen, innerlich oder subcutan, im letzteren Falle Chininum bimuriaticum carbamidatum. Er erinnert an die Wirkung des Chinin auf das vasomotorische Nervensystem und fordert zu weiteren Versuchen mit dem Mittel auf.

Buch (Helsingfors).

---

356) **Schramm** (Krakau): Aus der chirurgischen Klinik des Prof. Mikulicz: Durchschneidung der nn. ulnaris und medianus in der Gegend des linken Ellbogengelenkes; Nervennaht 8 Monate nach der Verletzung bedeutende Besserung. (Przeglad lekarski, Nr. 3, 20. Januar 1883.)

Der 27jährige gesunde, Mann wird April 1882 mit dem Säbel am linken Vorderarm etwas unterhalb des Gelenks verwundet und hat nachher gute Empfindung und Bewegung in der Hand. Erst 2 Wochen später entstand Kontractur der Finger und Lähmung der Hand. Mehadia erfolglos. St. pr. (14. 10. 82.) Unter dem linken Ellbogengelenk an der innern Seite des Vorderarms tief eingezogene Narbe. Unter ihrem Arm sehr abgemagert durch Schwund der Muskeln an der Ulnarseite. An der Volarfläche über dem Handgelenk ebenfalls oberflächliche Narbe. Hand sehr verunstaltet, Finger eingekrallt. Daumen abducirt, Haut blass, glatt, Temp. 3,6^0 C. niedriger, als rechts. Muskeln, namentlich interossei, sehr atrophisch. Bewegungen im Ellbogengelenk völlig normal, im Handgelenk Dorsalflexion möglich, Adduktion und Abduktion sehr beeinträchtigt, Volarflexion unmöglich. Fingerbewegungen fast aufgehoben, nur bei Unterstützung etwas Strekung möglich. Dynamometer ergiebt r. 75 Ko., kann links nicht gehalten werden. Die Endphalangen aller Finger und die Mittelphalangen des 4. und 5. Fingers sind anästhetisch. Vola hyperästhetisch. Drucksinn stark vermindert. Faradische Erregbarkeit der Volarmuskeln erloschen. Diagnose: Paralysis nn. ulnaris et mediani.

Am 15. October mühselige Operation der Nervennath, deren chirurgische Details übergangen werden. Später Faradisation und Massage. Am 6. 12. bietet die Hand folgenden Befund nach Heilung der Wunden: Temperatur beider Hände gleich, die linke empfindlicher gegen Kälte, schwerer zu erwärmen, Ernährung der Haut und der Muskeln bedeutend gebessert, ebenso die Empfindung. Lokalisation an Vorderarm und Hohlhand normal, am 1. und 2. Finger Irrthum um 2—3 Ctm. am 3., 4. und 5. sogar betreffs des Fingers. Drucksinn bedeutend gebessert. Dynamometer kann gehalten, jedoch nicht bewegt werden. Die Finger werden etwas über den rechten Winkel hinaus gebeugt und fast völlig gestreckt. Der Daumen kann der Hohlhand genähert werden, aber nicht den kleinen Finger berühren. Abduktion nur partiell und in geringem Grade möglich, ebenso Beugen der ganzen Hand. Elektrische Erregbarkeit der Muskeln vorhanden, am wenigsten der interossei. S. erwartet noch weiteren Fortschritt der Besserung und verspricht Bericht.

Landsberg (Ostrowo).

---

357) **Schlier** (Neuburg a. D.): Gehirnlähmung ohne Erscheinungen von Gehirndruck nach Schlägen auf den Kopf. Tod am 12. Tage nach erlittener Misshandlung. (Friedreich's Blätter 6. Heft 1882.)

Am 2. März d. J. wurde der verheirathete 30jähr. Gürtler P. Pf. von W. aus einem Wirthshause wegen unpassenden Benehmens hinausgeworfen, wobei er zu Boden fiel und theils durch Fusstritte seitens mit schweren Stiefeln bekleideter Füsse, theils durch Schläge mit einem ledernen Pantoffel ins Gesicht arg misshandelt wurde. Er schleppte sich noch mühsam 6—7 Km. weit in seine Wohnung, wo er nach 8 Stunden anlangte, sich sofort krank ins Bett legte und am 14. März verstarb. Er klagte sofort über heftige Kopfschmerzen, wegen deren ihm kalte Ueberschläge gemacht wurden. Der am 5. geholte Arzt fand ausser geringeren Verletzungen des Gesichts bedeutende Sugillationen beider Augen und einen Bruch der linken ulna, während die heftigen Kopfschmerzen auf einen Blutaustritt in oder auf das Hirn hinwiesen. Die Kopfschmerzen blieben auch die einzige Klage bis zum Tode, während Erscheinungen von Hirndruck, wie Betäubung, erschwertes Athmen, Lähmungen, Konvulsionen u. s. w. fehlten. Die am 16. stattgehabte Obduction ergab als wesentliche Befunde eine 3 Ctm. lange Blutdurchdränkung des linken Schläfenmuskels. Auf der braunroth gefärbten linken Hälfte der harten Hirnhaut, deren Gefässe mit dunklem, schwarzen Blut gefüllt waren 60 Gram dickflüssigen, schwarzen Blutes, unter ihr über 150 Gr. geronnenen Blutes auf der linken Hirnhälfte, welche muldenförmig eingedrückt war. Auch die weiche Hirnhaut linkerseits stark mit Blut gefüllt, linke vordere Schädelgrube, dunkelblau gefärbt, 40 Gr. dickflüssigen Blutes enthaltend.

Gutachten. 1. P. Pf. ist an Gehirnlähmung, veranlasst durch Bluterguss auf das Gehirn, gestorben.

2. Dieser Bluterguss ist durch Einwirkung einer äusseren Gewaltthätigkeit zu Stande gekommen.

3. Die dem P. Pf. am 2. März zugefügte Misshandlung ist die alleinige Ursache seines Todes.

ad 1. Bedarf keiner Erläuterung.

ad 2. Blutergüsse innerhalb des Schädels kommen auch aus inneren Ursachen vor, meist jedoch im Inneren des Hirns, auch fast nie an mehreren Stellen zugleich und nicht in so grosser Menge. Gehirnblutungen aus innerer Ursache entstehen entweder durch Texturerkrankung der Gefässwände oder durch anomales Verhalten der umgebenden Hirnsubstanz oder durch verstärkten Druck des Blutes gegen die Gefässwand. Die genannten Organe waren gesund. Das Vorangehen einer bedeutenden äusseren Gewalt ist hinlänglich erwiesen und lehrt die ärztliche Erfahrung, dass eine solche tödtliche Blutung in der Schädelhöle bei völligem Mangel aller äusseren Extravasate und bei gleichzeitiger Unversehrtheit der Schädelknochen erzeugen kann.

ad 3. Bei Blutergüssen im Schädel aus äusserer Veranlassung tritt das Blut häufig sehr langsam aus den zerrissenen Gefässen und erzeugt langsam Gehirndruck und steigert denselben, bis dann Lähmung oder plötzlicher Tod eintritt. Die Länge der hierzu erforderlichen Zeit hängt von der Grösse der zerrissenen Gefässe, der individuellen Sensibilität und der physiologischen Wichtigkeit der gedrückten Hirntheile ab. Auch könnte die tödtliche Blutung erst am Todes-

tage eingetreten sein, nachdem die Gefässe vorher durch das trauma in ihrer Textur gelockert waren, wofür das Fehlen meningitischen Exsudates spricht. Landsberg (Ostrowo).

---

358) **D. Hack Tuke:** On the mental condition in Hypnotismus. (Geisteszustand bei Hypnotischen.) (Journ. of ment. scien. 1883. S. 55.)

Verf. fasst seine Resultate in folgende Sätze zusammen.

1. Der Wille controlirt nicht mehr die Gedanken und Handlungen.

2. Es handelt sich um die Reflexthätigkeit der Hirnrinde auf äussere Reize.

3. Die Kundgebungen in der Hypnose sind nicht abhängig von dem noch vorhandenen Bewusstseinsumfang.

4. Die Empfindung dieser Reflexthätigkeit bei noch vorhandenem Bewusstsein verursacht das Gefühl eines zweiten Ich's.

5. Einige Gehirnfunctionen, wie das Gedächtniss, sind erhöht, es bestehen lebhafte Hallucinationen und Illusionen.

6. Unbewusste reflectorische Nachahmung der Person, mit der das Medium en rapport steht, ist das einzige psychische Phänomen.

7. In einigen Zuständen von Hypnose besteht Erhöhung oder Herabsetzung der Empfindung, sowie der einzelnen Sinne.

Matusch (Dalldorf).

---

359) **W. Ireland:** On the character and hallucination of Joan of Arc. (Journ. of ment. scien. 1883. S. 18.)

Eine hystorische, psychologische Studie.

Matusch (Dalldorf).

---

360) **Fr. Lange** (Oestift): Bidrag til Spoergsmaalet om Aetiologien af den almindelige, fremskridende Paralyse. (Beitrag zur Frage nach der Aetiologie der allgemeinen fortschreitenden Paralyse.) (Hosp. Tidende 1883 Nro. 20 und 21.)

Unter ca. 3300 Patienten, die im Oestift (deutsch Inselstift) während seines 25 jähr. Bestehens behandelt wurde, befanden sich 84 unzweifelhaft Paralytische. Dieselben vertheilen sich nach dem *Alter*, wie folgt: 29 J: 2 Pat., 30—40 J: 30 Pat., 40—50 J: 35 Pat., 50—60 J: 16 Pat., 62 J: 1 Pat. Nach dem *Geschlecht* waren es 78 M. und 6 Fr. (Sehr ähnlich war das Verhältniss der Weiber zu den Männern in der jütischen Anstalt, nämlich 1:14, während in der dritten dänischen Irrenanstalt, St. Hans Hospital (Dr. Jespersen), dies Verhältniss sich etwas anders, nämlich 1:10 stellte.) Nach dem *Beruf* vertheilen sich die 78 männl. Pat. folgendermassen: Handwerker 26, Angestellte 14, Kaufleute 10, Seeleute 8, Arbeiter 5, Grundeigenthümer und grössere Pächter 4, Militärpersonen 4, Aerzte 2, herrschaftliche Diener 2, Apotheker, Thierärzte, Gutsverwalter je 1.

Von den 6 weiblichen waren 5 Verheirathete (3 mit Handwerkern, 1 Polizeidieners-, 1 Stallknechtsgattin) und 1 unverheirathetes Dienstmädchen. Bezüglich des *Wohnortes* wäre hervorzuheben, dass

die grosse Mehrzahl der städtischen Bevölkerung angehörte, während die Landbevölkerung, die im Uebrigen den grössten Beitrag zu der Bewohnerschaft der Anstalt liefert, nur durch 12 Paralytiker vertreten war, und unter diesen befand sich nur ein Einziger der dem Bauernstande angehörte. Von den männlichen Paralytikern waren 15 Unverheirathete, 55 Verheirathete, 6 Wittwer und 2 Geschiedene.

Am ausführlichsten wird das aetiologische Verhältniss der Paralyse zur *Syphilis* besprochen. Ueber dieses liegen auch aus den anderen dänischen Anstalten bereits Mittheilungen vor. Der verstorbene Jespersen (St. Hans Hospital) hat die als Titel an die Spitze einer eigenen Monographie „Skylkdes den almindelige fremskeidende Parese Syfilis?“ (Verdankt man die allgemeine fortschreitende Parese der Syphilis?) gestellte Frage mit einem unbedingten „*Ja*“ beantwortet, welcher Anschauung Prof. Gaedeken nach den Erfahrungen am Kommunehospital beistimmte, während Pontoppidan (jütische Irrenanstalt) der Syphilis allerdings eine hervorragende Rolle unter den ursächlichen Momenten der Paralyse zuwies, aber doch gemäss seinen statistischen Ergebnissen dies Abhängigkeitsverhältniss bei Weitem nicht als ein so absolutes auffasste wie Jespersen. L. stellt sich nach den Beobachtungen im Oestift auf die Seite des letzteren, stimmt also im wesentlichen überein mit Mendel, Erlenmeyer und Anderen. Von seinen 84 Paralytikern sind 33 (31 M. 2 Fr.) mit Bestimmtheit als syphilitisch bezeichnet, also ca. 40%. Ausser diesen sind 10 Fälle, in denen Syphilis wahrscheinlich vorhanden war. Die 10 Krankengeschichten, die L. mittheilt, bekräftigen diese Annahme meist mit ziemlicher Bestimmtheit. Rechnet man diese 10 Fälle hinzu, so wären ca. 51% entweder unzweifelhaft oder sehr wahrscheinlich als syphilitisch zu bezeichnen, welche Zahl mit dem Resultat aus der jütischen Irrenanstalt — 52% — nahezu zusammenfällt. Auch unter den übrigen Paralytikern sind noch Mehrere — 14, — bei denen die vorliegenden Notizen an Syphilis wenigstens denken lassen, während in 27 Fällen Nichts auf dieses Leiden hindeutet, und in einigen derselben mit Bestimmtheit als nicht vorhanden angegeben wird.

Die angegebenen Zahlen gewinnen an Bedeutung, wenn man das seltene Vorkommen der Syphilis unter der Gesammtzahl der Pat. — i. G. 99, wovon wie erwähnt 33 Paralytiker, etwa 2% Syphilitische unter den übrigen Pat. — dagegen hält. Eine theilweise Erklärung dieses auffallenden Resultates liegt freilich an dem erwähnten Umstande, dass die Mehrzahl der Pat. der Landbevölkerung angehört bei der die S. sehr selten, aber immerhin ist es doch geeignet, die gleichen Erfahrungen deutscher Autoren zu stützen. Verf. ist demnach geneigt, sich Denen anzuschliessen, welche der Syphilis den ersten und wichtigsten Platz in der Reihe der aetiologischen Momente einräumen.

Was nun noch die anderen Ursachen für das Enstehen der P. anlangt, so findet sich die *erbliche Dysposition* bei 36 unter den 84 Paralytikern, also in ca. 43% (41, 3% in der jütischen Anstalt, nur 27,4% in St. Hans Hospital). Danach ergiebt sich die erbliche Disposition für die Paralytiker geringer als für die Gesammtzahl aller

Pat. (in Oestift und in der jütischen Anstalt ca. 53%, und in St. Hans Hosp. ca. 33%). Eine von anderen Autoren behauptete specielle Beziehung zu Apoplexie in der Ascendenz kann Verf. durchaus nicht bestätigen: unter seinen Pat. fand diese Beziehung nicht ein einziges Mal statt.

In 3 näher referirten Fällen konnte eine *Kontusion des Kopfes* als aetiologisches Moment angenommen werden. Bei 14 Pat. wird angegeben, dass sie dem *Trunke* ergeben gewesen, doch ist nur bei dreien derselben dieses Moment als unzweifelhafter Grund der Krankheit anzusehen, und bestand bei zweien von diesen noch ausgesprochene Familiendisposition.

In mehreren Fällen sollen *Excesse in Venere* stattgefunden haben, doch scheint dies Moment nur in einem einzigen Fall als bestimmend angenommen werden zu können.

Schliesslich wird noch die Bedeutung der *psychischen Ursachen:* Nahrungssorgen, Ueberanstrengung u. dgl. näher erörtert.

Dehn (Hamburg).

II. Vereinsberichte.

I. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung vom 29. Mai 1883. (Originalbericht.)

361) **Eisenlohr** spricht *über die Differentialdiagnose der Anfänge der Tabes und der spinalen Neurasthenie.*

Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Krankheitsformen ist im Anfang oft gar nicht leicht. Bei der Wichtigkeit einer solchen in Bezug auf Prognose und Therapie hält es E. für angebracht, die charakteristischen Symptome der Anfangsstadien einmal zusammen zu stellen.

Den subjectiven Symptomen kann er für die differentielle Diagnose keinen besonderen Werth beimessen. Was die lancinirenden Schmerzen anlangt, so sind dieselben bei neurasthenischen mehr vager Natur und in der Regel von Druckempfindlichkeit zahlreicher Stellen im Verlauf der Nervenstämme begleitet, während die tabischen Schmerzen meistentheils nur in den unteren Extremitäten sitzen, und in ihren Krisen eine charakteristische Hauthyperalgesie bestimmter Partien, aber gewöhnlich keine Druckempfindlichkeit in den peripheren Theilen besteht. Uebrigens kämen ganz ähnliche Schmerzen wie bei Tabes auch bei der Dementia paralytica zur Beobachtung.

Viel wichtiger für die Differentialdiagnose beider Krankheiten sind die objectiven Symptome. Bei der Neurasthenie findet man höchstens zuweilen leichten, rasch vorübergehenden und wechselnden Strabismus, der auf Ermüdung der Augenmuskeln zu beruhen scheint, während im Uebrigen nach jeder Richtung hin normale Körperverhältnisse gefunden werden und der ganze Befund in schreiendem Contrast zum subjectiven Verhalten der Kranken steht. — Im Initialstadium der Tabes finden sich hingegen schon mancherlei positive Anhaltspunkte, die uns auf die richtige Spur bringen. Als die wich-

tigsten bezeichnet der Vortragende: bleibende Funktionsstörungen im Bereich des Abducens und Oculomotorius, Abstumpfung der taktilen und der Schmerzempfindung, Verlangsamung der sensiblen Leitung, zeitliche Incongurenz zwischen der taktilen und Schmerz-Empfindung, sowie oft auffallend lang dauernde schmerzhafte Nachempfindung mit Anwachsen derselben nach Aufhören des Reizes, das Fehlen des Patellarreflexes (Kniephänomens), die Myosis spinalis und die reflectorische Pupillenstarre, das Bestehen einer leichten Blasenschwäche. Als seltenes Anfangsstadium der Tabes bezeichnet E. die Amblyopie und Amaurose. Unter den aufgezählten Symptomen misst er den Pupillenerscheinungen, den Augenmuskelparesen, den objectiven Sensibilitätsstörungen und dem Fehlen des Patellarreflexes den bei weitem grössten Werth bei. Bei der Prüfung des letzteren müsse man aber im Auge behalten, dass er nach Westphal und anderer Autoren Beobachtungen sowie nach seiner eigenen Erfahrung in ganz vereinzelten Fällen von Tabes bestehen bleiben könne und dass er gar nicht selten bei fettleibigen und kurzbeinigen oder alten Individuen fehle, ohne dass im Uebrigen eine Spur von Tabes nachzuweisen sei.

Der Vortragende erwähnt und bespricht dann noch kurz die Störungen der Urinentleerung bei Tabischen, der Geschlechtsphäre in beiden Krankheiten, die dyspeptischen Erscheinungen und wirft zum Schlusse einen Blick auf die psychische Characteristik der neurasthenischen Kranken, deren Verhalten etwas Hypochondrisches hat.

Bei der Discussion streift Reinhard zunächst die Frage nach dem Wesen der Ataxie, indem er den Erb'schen und Leyden'schen Standpunkt berücksichtigt. Sodann erklärt er, dass nach seinen Erfahrungen nur dann „lancinirende" Schmerzen bei der Dementia paralytica vorkommen, wenn eine Combination mit Tabes vorliegt. Bei der Aufzählung der objectiven sensiblen Störungen vermisste er die sogenannte Polyaesthesie, von Fischer in Cannstadt zuerst beschrieben, die seines Wissens auch im Initialstadium der Tabes schon vorkomme. Bei der Prüfung des Patellarreflexes sei auf eine Fehlerquelle zu achten, die darin bestehe, dass der Reflex in seltenen Fällen von der Haut am Knie ausgelöst werden könne; man müsse daher, um sicher zu gehen, zuerst eine Hautfalte über der Patellarsehne bilden und dieselbe, ohne die Sehne zu treffen, perkutiren.

Eisenlohr erwidert, dass es ihm auf die Stellung der Ataxie, ob motorischer oder sensibler Natur, bei seinem Vortrage nicht angekommen sei. Was die lancinirenden Schmerzen bei der Paralyse anlange, so entsinne er sich ganz deutlich eines Falles von Dementia paralytica im Vorstadium, in welchem bei Fehlen aller objectiven Zeichen einer Erkrankung des Rückenmarkes die charakteristischen lancinirenden Schmerzen vorhanden waren. Die Fischer'sche Polyaesthesie halte er nicht für ein frühes Symptom der Tabes. Was die von R. erwähnte Fehlerquelle bei Prüfung des Patellarreflexes betreffe, so sei ihm nicht bekannt, ob dieselbe von Westphal auch für Fälle von initialer Tabes schon festgestellt sei.

Reinhard bemerkt noch, dass nach starkem Alkoholmissbrauch

sowie nach heftigen epileptischen Anfällen der Patellarsehnenreflex vorübergehend fehlen können, ein Umstand, der auch in Bezug auf die vorliegende Frage Berücksichtigung verdiene, da gelegentlich bei Neurasthenischen auch mal Epilepsie oder ein gewisser Grad von Alkoholismus vorkommen könne.

Eisenlohr ist der Ansicht, dass man von diesen seltenen Fällen ruhig absehen könne; das würde sonst vom Thema abführen.

Curschmann weist darauf hin, dass seiner Ansicht nach ein werthvolles Unterscheidungsmerkmal zwischen beginnender Neurasthenia spinalis und Tabes in dem sexuellen Verhalten der Kranken liege. Seiner Erfahrung nach bestehe bei Neurasthenischen reizbare Schwäche im sexuellen Gebiet, bis zur Impotenz, während man bei Tabischen nicht selten eher eine gesteigerte Libido mit heftigen Erectionen und häufige Ausübung des Geschlechtsaktes, allerdings zuweilen bei gleichzeitigem Aspermatismus beobachte. Er ersucht die Collegen, gelegentlich ihre Aufmerksamkeit auf dieses Verhalten zu richten.

Reinhard (Hamburg).

II. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 31. März 1883. (Le Progrès méd. Nro. 14. 1883.)

362) *Epilepsie Jacksonienne.* **Pitres** versuchte zu eruiren, mit welcher oberflächlich oder tief gelegenen Partie der motorischen Zone die als Jackson'sche Epilepsie beschriebenen partiellen Convulsionen in Beziehung stehen. Bekanntlich ruft Reizung bestimmter Hirnwindungen nicht nur einfache Bewegungen in den Extremitäten, sondern auch epileptiforme Krämpfe hervor. Indem P. diese Punkte durch Aetherdämpfe bis auf 4 oder 5 Grad abkühlte, constatirte er, dass dieselben noch im Stande waren, einfache Bewegungen, aber nicht mehr epileptiforme Zuckungen zu erzeugen. Kurze Zeit nach der Abkühlung hörte die Eigenthümlichkeit auf. Es ist demnach die partielle Epilepsie eine Function der Hirnrinde. — Verfassers Experimente ergaben bezüglich ihres Resultates keine erheblichen Differenzen mit denen von Openzonski. Letzterer steigerte die Abkühlung bis zum vollständigen Gefrieren. Wenn nun nach dem Gefrieren sich später spontane Convulsionen einstellten, so sind dieselben als Folge einer entzündlichen Hyperämie rings um die mortificirte Zone anzusehen.

Sitzung vom 7. April 1883. (Le Progrès méd. Nro. 15. 1883.)

363) *Emploi du cyanure de mercure contre l'atrophie papillaire.* **Galezonski** injicirte 5 Milligr. Hydrargyrum cyanatum unter die Haut der Schläfengegend und heilte auf diese Weise mehrere Fälle von syphilitischer Papillenatrophie. Die Injectionen wurden täglich wiederholt. Die Dosis darf 0,01 nicht übersteigen, weil sonst leicht unstillbare Diarrhöen eintreten. — Rabuteau bestreitet dieser Verbindung einen Vorzug vor dem einfachen Mercur, welcher allein zur Wirkung kommt und bezüglich der anzuwendenden Dosis nicht so beschränkte Grenzen auferlegt.

364) *Hémorrhagies encéphaliques consécutives aux lésions de la moelle.* **Brown-Séquard** hat nach einem Schlag auf die hintere Schädelgegend

gesehen, wie die grossen arteriellen und venösen Lungengefässen sich sofort contrahirten, das Blut in die Capillaren trieben und diese Gefässe bersten liessen. Das Phänomen kann auch in umgekehrter Weise eintreten. Durchschneidung der untern Partie des Cervicalmarks ruft bei der Taube sofort eine starke Hämorrhagie in der Höhe der Med. oblongata hervor. Diese Erscheinungen stehen unter dem Einflusse der vasomotorischen Nerven. Auf diese Weise lassen sich die cerebralen Hämorrhagien erklären, welche mit einem Male an verschiedenen Stellen angetroffen werden und welche man nicht der gleichzeitigen Ruptur einer grossen Anzahl von Miliaraneurysmen zuschreiben kann.
365) *Chloroformisation.* **Bert** hält es nach seinen Untersuchungen an Thieren für zweckmässig, am Anfange eine verhältnissmässig grosse Quantität Chloroform einathmen zu lassen und — nachdem Schlaf eingetreten — nur ganz geringe Mengen zu verabreichen. Die Temperatur fällt stets im Verhältniss zur Dauer des Experiments. Wenn Gaben von 7,0—8,0 genügend lange fortgesetzt werden, geht das Thier (Hund) zu Grunde, ohne dass das Nervensystem beeinflusst wird und ohne Eintritt von Anästhesie. Das Chlorofom wirkt nicht auf's Herz. Unter Berücksichtigung des ungleichmässigen Verhaltens verschiedener Thiergattungen dem Chloroform gegenüber, kann der Satz aufgestellt werden, dass jede hinlänglich fortgesetzte Chloroformirung unbedingt den Tod zur Folge hat. — Eine schwache Dosis Chloroform, die sonst noch lange nicht Anästhesie bewirkt, genügt schon, um solche lange Zeit zu unterhalten, sobald diese vorher durch eine beträchtliche Absorption erzeugt worden ist.

Brown-Séquard hebt hervor, dass Simpson einen Kranken 4 Tage lang in der Chloroformnarkose gehalten hat und dass er dieses Verfahren sogar während 6 bis 7 Tage ohne Unfall fortsetzen konnte. Auf diese Weise will er gewisse epileptische Zustände mit günstigem Resultate behandelt haben.

Sitzung vom 14. April 1883.

Franck widerspricht der von Dastre aufgestellten Behauptung, dass das Chloroform in dem Stadium der Anästhesie der Reflexthätigkeit des Herzens steigere. Wenn die Chirurgen die Erfahrung gemacht haben würden, dass in der tiefen Narcose irgend eine Ursache, wie z. B. Reizung eines Nerven, auf reflectorischem Wege Herzstillstand zur Folge haben kann, würden sie sich beeilen vor der völligen Betäubung zu operiren. Die physiologischen Experimente beweisen indess, dass man im Beginne der Chloroformirung und nicht im ausgesprochenen Betäubungsstadium leicht Herzreflexe und Anfälle von Syncope auftreten sehen kann. Die Operation darf daher erst nach Eintritt des tiefen Schlafes begonnen werden.

Bezüglich der Anwendung des Atropins mahnt F. zur Vorsicht. Die Verbindung von Morphin und Chloroform beseitigt wohl einige Uebelstände der ersten Periode, kann aber auch böse Folgen nach sich ziehen.

Rabuteau empfieht die Anwendung des salzsauren Narceïns, das vor dem Morphium Vieles voraus haben soll.

Sitzung vom 28. April 1883. (Le Progrès méd. Nro. 18 und 19.)

366) *Cécité verbale.* **Magnan** hatte im Jahre 1880 einen Kranken mit dem deutlich ausgeprägten Bilde der *Wortblindheit* vorgestellt. Es ist ihm nun vergönnt gewesen, die Section dieses Individuums zu machen. Dieselbe ergab zwei bestimmte Lokalisationon. Vorne mehrere kleine Erweichungsherde im Niveau der 3. Stirnwindung; hinten eine grössere mit den vorderen Herden in keinem Zusammenhang stehenden Alteration, welche den Gyrus angularis einnimmt und über diesen noch hinausgeht. — Für die Analyse der Symptome ist diese doppelte Localisation von grosser Bedeutung. Sie zeugt, dass zwei bestimmte Cerebralaffectionen, die gewöhnlich Aphasie und die Wortblindheit, auseinander zu halten sind.

Sitzung vom 12. Mai 1883. (Le Progrès méd. Nro. 18 und 19.)

367) *Surdité verbale.* **Magnan** berichtet über einen *aphatischen* Kranken, der später von *Worttaubheit* befallen wurde. Die Intelligenz dieses Patienten zeigte sich ungestört. Er konnte Worte weder sprechen noch hören, aber er verstand die Zeichen und vertrieb sich die Zeit mit Lectüre. Schrieb man auf ein Blatt seinen Namen und dahinter das Wort „Spitzbube“, so strich er dieses ihm unangenehme Epitheton sofort aus, um es durch ein passendes zu ersetzen. — Bei der Autopsie fand M. diffuse Sklerose der 3. Stirnwindung und der Insel (entsprechend der früher constatirten Aphasie), ausserdem einen Erweichungsherd in der 1. u. 2. Schläfenwindung. Am intensivsten zeigte sich die Läsion genau an der Stelle, welche für den sensoriellen Sitz des Gehörs angenommen wird.

Brown-Séquard kennt Fälle, in denen beide Schläfenlappen gestört waren, ohne dass Worttaubheit eingetreten. Deshalb kann er sich noch nicht für die Annahme von sensoriellen Localisationen begeistern.

Rabow (Berlin).

III. Académie de Médecin zu Paris.

Sitzung vom 24. April 1883. (Le Progrès méd. Nro. 17. 1883.)

368) **Reynauld** und **Villejean** berichtet über *Methylenchlorid,* welches unter chirurgischen Praxis Chloroform und Aether ersetzen sollte. Ihre Untersuchungen haben ergeben, dass 2 französische Producte, welche den Namen Methylenchlorid führen nichts anders als Chloroform sind und dass das Methylenchorid, welches sie zu zwei Malen zu einem hohen Preise aus England kommen liessen nur ein einfaches Gemisch von Chloroform und Holzgeist ist.

Sitzung vom 1. Mai 1883.

Le Fort theilt im Anschluss an den Bericht von Reynauld über das *Methylenchlorid* mit, dass er wiederholt das Methylerum bichloratum zur Anästhesirung gebraucht habe, indem er sich des Yunker'schen Apparates bediente und genau die Vorschriften von Spencer Wells befolgte. Dank diesem Mittel war das Aufregungsstadium weniger ausgeprägt und weniger lang als beim Chloroform.

Reynauld bemerkt hierzu, dass das in England angewandte Methylenchlorid eine Mischung von Chloroform und Methylalkohol ist, bestehend aus 4 Theilen Chloroform und 1 Theil Methylalkohol. Dieselbe enthält in Wahrheit keine Spur von Methylenchlorid.

Sitzung vom 15. Mai 1883.

369) **Bourdon** demonstrirt ein Präparat von *Gehirnatrophie in Folge Amputation eines Gliedes.* Es handelt sich um einen 73 jährigen Invaliden, dem vor 40 Jahren der linke Arm exartikulirt worden ist. Bei dem sonst rüstigen Manne trat in den letzten Lebensjahren eine sich allmälig entwickelnde Paralyse des linken Beines ein.

Die Autopsie ergab eine bemerkenswerthe Atrophie der rechten Hirnhemisphäre, dieselbe wiegt 31 Gramm weniger als die linke.

Rabow (Berlin).

IV. Société de Chirurgie zu Paris.

Sitzung vom 23. Mai 1883.

370) **Richelot** hält einen Vortrag über *collaterale Innervation gelegentlich einer Resection des Nervus medianus.* In Folge einer Verletzung hatte sich bei einer Frau oberhalb der Ellenbogenbeuge ein kleines Neurom entwickelt. Sehr heftige Neuralgien veranlassten Patientin sich in's Krankenhaus aufnehmen zu lassen, woselbst Verneuil ihr den Medianus in ziemlich grosser Ausdehnung resecirte. Die Neuralgie verschwand, aber es trat eine Anästhesie im Bereiche des Medianus ein. Interessant hierbei ist, dass die unvollständige Paralyse, die vor der Operation bestand, nach der Durchschneidung des Nerven nicht zugenommen hat. Die Bewegungen der Finger waren fast so frei wie im normalen Zustande. Es war evident, dass die durch den Medianus innervirten Muskelbündel ihre Ation conservirt hatten, als ob der Nerv gar nicht berührt worden wäre. Zur Aufhellung dieser Thatsache hat Verchère Untersuchungen angestellt und gefunden, dass bei 11 von 15 untersuchten Individuen Anastomosen existiren, welche den Nervus medianus mit dem Nervus cubitalis verbinden.

Rabow (Berlin).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. d. Saale (Prov.-Irren-Anst.) II. Arzt, 1. Juli, 3000 M., freie Fam.-Wohnung, Garten etc. 2) Merzig, Assistenzarzt, 1200 M. fr. Stat. 3) Owinsk, (prov. Irr.-Anst. Posen) a) Director; Meld. an den Oberpräsidenten Herrn von Guenther in Posen. b) Assistenzarzt baldigst; 2000—2500 M. jährlich nebst freier Wäsche. Meldung an die Direction. 4) Dalldorf, Oberarzt, 6000 M. (einschliesslich der Emolumente). 5) Basel, Irrenklinik, Assistenzarzt, sofort. 6) Charlottenburg, Privat-Irren-Anstalt des Dr. Edel, Assistenzarzt sofort, 12—1500 M. 7) Pirna, Privat-Irren-Anstalt des Dr. Lehmann, Assistenzarzt sofort, 150 M. monatl. 8) Die Kreisphysicate: Bütow (Cöslin), Düren (Aachen), M.-Gladbach (Düsseldorf), Greifenhagen (Stettin), Schroda (Posen), Wetzlar (Koblenz). Schlawe (Göslin), Soest (Arnsberg), Ziegenrück (Erfurt).

Besetzte Stellen. Eichberg, Director, Herr Dr. Schroeter, bisher in Dalldorf. Paderborn, Kreisphysicus Herr Dr. Georg. Naugard, Kreisphysicus Herr Dr. Freyer.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 1. August 1883. Nro. 15.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. P. J. Möbius: Notiz über das Verhalten der Pupille bei alten Leuten.

II. REFERATE. 371) A. D. Onodi: Das sympathische Nervensystem in seiner morphologischen Erscheinung. 372) Wittkowski: Ueber die Neuroglia. 373) Beaunis: Die Reactionszeit verschiedenartiger Sinnesreize. 374) Rich. Schulz: Casuistische Mittheilungen. 375) Carl Hochhalt: Ueber die Heubner'sche Hirnarterienerkrankung. 376) Carl Kétli: Erkrankungen der Hirnrinde in Folge von Trauma. 377) Rudolf Günther: Ueber die typische Form der progressiven Muskelatrophie. 378) Hermann Lenhartz: Beitrag zur Kenntniss der acuten Coordinationsstörungen nach acuten Erkrankungen (Ruhr). 379) Schulz: Die Bedeutung der Sehnenreflexe bei Beurtheilung eventueller Simulation von Rückenmarkskrankheiten 380) Silv. Tonnini: Spinale Störungen bei Pellagrösen. 381) N. Weiss: Zur Messung der Intensität galvanischer Ströme in der Electrotberaphie. 382) Salemi-Pace: Un caso die nevrasthenia cerebello-spinale con agorafobia. 383) Magnan: Lessons cliniques sur l'épilepsie. 334) Fürstner: Ueber psychische Störungen bei Gehörkranken. 385) B. S. Schultze: Gynäkologische Behandlung und Geistesstörung. 386) Kiernan: Katatonie. 387) Hughes: A Case of Moral Insanity. 388) Wright: The Physical Basis of Moral Insanity viewed in Relation to Alkoholic Impression. 389) Georg Lehmann: Zur Casuistik des inducirten Irreseins. 390) v. Krafft-Ebing: Schändung. Zweifelhafter Geisteszustand. Keine Geisteskrankheit. 391) F. Zierl: Gerichtlich-psychiatrische Mittheilungen.

III. VEREINSBERICHTE. 392) Moeli: Ueber secundäre Degeneration. 392) Senator: Ueber Diagnostik der Brückenerkrankung. 394) Langreuter: Ueber Paraldehyd- und Acetalwirkung bei Geisteskranken, 395) Spitzka: Ueber eine Radicaloperation einer Encephalocele. 396) Weber: Ueber acute Herzkrankheit bei Tabes. 397) L. Weber: Ueber einen Fall von Syphilom der rechten Arter. vertebr. mit Thrombose der Basilaris. 398) W. A. Hammond: Ueber Allocheirie.

IV. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 399) Aus Hessen. V. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Notiz über das Verhalten der Pupille bei alten Leuten.

Von Dr. P. J. MÖBIUS.

Untersucht wurden 83 alte Leute, von denen 60 das 80. Lebensjahr überschritten hatten. Darunter waren 42 Männer, 41 Frauen. Bei diffusem Tageslicht zeigten 19 (23%) hochgradige Myosis d. h. eine Pupille von weniger als 2 mm. Durchmesser, 59 (71%) eine mittlere Enge der Pupille, mit 2—3, seltener 3—4 mm. Durchmesser, und 5 (6%) Mydriasis mit ca. 6 mm. Von jenen 19 mit Myosis waren 9 Männer, 10 Frauen. Die 5 mit Mydriasis waren sämmtlich blind durch Cataract. Geringere Grade der Linsentrübung, welche den Ein-

fall des Lichtes nicht wesentlich hinderten, schienen ohne Einfluss auf die Pupillenweite zu sein, sie fanden sich bei 34. Nur bei einigen wo die Cataract auf dem einen Auge beträchtlich mehr entwickelt war, war die entsprechende Pupille um weniges weiter als die andere. Bei 2 fand sich auf einem Auge eine kleine centrale Hornhauttrübung, auch hier war die entsprechende Pupille etwas erweitert. Weitere Fälle von Pupillendifferenz kamen nicht vor.

Demnach ist bei Greisen die Pupille durchgängig enger als im reifen Alter, etwa bei dem 4. Theil der Fälle findet sich starke Myosis. Die Abnahme der Pupillenweite beginnt bekanntlich sehr frühzeitig. Die weite Pupille des schönen Kinderauges verengt sich im Laufe des Lebens mehr und mehr, um schliesslich zur Stecknadelkopfgrossen Greisenpupille zu werden. Wann zuerst hochgradige Myosis beobachtet wird, ist mir nicht bekannt. Ich habe sie als senile Erscheinung zuerst bei einer 56 j. Frau (welche nicht etwa oben mitgezählt ist) gesehen. Weite Pupillen jenseits der 50 sind wohl immer Zeichen eines krankhaften Zustandes und deuten, wenn ihre Ursache nicht im Auge ist, auf ein Leiden des Gehirns. Mit der Pupillenweite scheinen im Allgemeinen coordinirt zu sein die Weite der Lidspalte und der Grad der Bulbusprotrusion. Bei Schreck, Zorn etc. z. B. erweitern sich gleichzeitig Pupille und Lidspalte, „treten die Augen aus ihren Höhlen". Der Altersverengerung der Pupille entspricht nun auch eine Verengerung der Lidspalte und ein Zurücksinken des Bulbus, doch sind diese beiden schwer zu messenden Symptome offenbar weniger constant und seltener deutlich ausgeprägt als jene, insbesondere waren sie bei den Alten mit hochgradiger Myose nicht wesentlich stärker als bei den andern. Nichtsdestoweniger gehören sie entschieden zu den senilen Veränderungen. Auch bei den traumatischen Lähmungen des Halssympathikus sind die Enge der Lidspalte und das Zurückgewichensein des Bulbus nicht immer vorhanden, wenigstens nicht immer deutlich, während die Myose nie fehlt. Handelt es sich in letzterem Falle um eine Unterbrechung im motorischen Theile des Reflexbogens, so besteht im Senium eine schwächere Innervation des Halssympathikus, weil zu dem pupillenerweiternden Centrum weniger centripetale Erregungen gelangen, weil die allgemeine Erregbarkeit, deren Ausdruck jene Innervation ist, mehr und mehr abnimmt. Die verminderte Innervation des Halssympathicus dürfte die Hauptursache der senilen Myosis sein. Um jedoch die höheren Grade derselben zu erklären, muss man wohl eine weitere Veränderung annehmen. Am nächsten liegt es zu vermuthen, dass je mehr die dilatirenden Kräfte abnehmen, um so der Sphincter pupillae das Uebergewicht erhält und schliesslich in eine Art Contractur geräth.

Die Beweglichkeit der Pupille wurde genauer untersucht bei 33 (18 m., 15 w.) alten Leuten, darunter 12 mit hochgradiger Myosis. Die Prüfung wurde in einem durch diffuses Tageslicht erhellten Raume während der ersten Nachmittagsstunden nach den üblichen Methoden und mit den üblichen Vorsichtsmaassregeln vorgenommen. Vollkommene Starre derart, dass weder bei wechselnder Beleuchtung noch bei Con-

vergenz, noch bei intensiven Haut- oder Gehörreizen eine deutliche Pupillenbewegung wahrgenommen wurde, fand sich bei 3 (2 m., 1 w.), welche zugleich hochgradige Myosis hatten. Eserin verengte diese Pupillen noch um etwas, Atropin erweiterte sie langsam und nicht vollständig, während bei allen anderen nicht nur jenes, sondern auch dieses Mittel in anscheinend normaler Weise wirkte. Hochgradig herabgesetzte Beweglichkeit den gewöhlichen Prüfungsmitteln gegenüber zeigten 9 (5 m., 4 w.), darunter 5 mit hochgradiger Myosis. Deutlich herabgesetzt war die Lichtreaction bei 10 von den übrigen 21, die Convergenzreaction bei 8, die Reaction gegen sensible Reize bei 10. Meist verhielt sich die Sache so, dass da, wo die Licht- und Convergenzreaction schwach war, auch die reflectorische Erweiterung sich nur schwer darstellen liess. Doch 2 mal fehlte letztere bei wohlerhaltener Lichtreaction nahezu ganz, während umgekehrt 2 mal sich deutlich reflectorische Erweiterung bei sehr lichtträgen Pupillen fand.

Es ergiebt sich zunächst, dass Myosis und Pupillenträgheit nicht an einander gebunden sind, da bei 4 Alten mit Myosis die Beweglichkeit nicht oder nur wenig herabgesetzt war, dass aber bei Myosis die Pupillenträgheit beträchtlich häufiger ist als bei mittlerer Weite der Pupillen. Im Allgemeinen fand sich bei den alten Leuten eine gegen die verschiedenen Reize ziemlich gleichmässig sich verhaltende Abnahme der Pupillenbeweglichkeit bis zum Erlöschen derselben. Die Pupillen zeigten demnach ein ähnliches Verhalten, wie ich es für das Kniephänomen nachgewiesen habe. Eine nähere Beziehung zwischen beiden senilen Erscheinungen, der Abschwächung des Kniephänomens und der Pupillenträgheit, scheint übrigens nicht zu bestehen, da Starre der Pupillen bei erhaltenem Kniephänomen und umgekehrt Verlust des Kniephänomens bei beweglichen und mittelweiten Pupillen vorkam.

Bei Gesunden verschiedenen Alters habe ich die Pupillenreaction auf sensible, resp. sensorielle und psychische Reize dadurch geprüft, dass ich nach Erb's Vorgang die Haut des Warzenfortsatzes, ev. auch andere Hautstellen mit dem faradischen Pinsel reizte, und dadurch, dass ich vor dem Ohre der Versuchspersonen eine Kinderpistole abschoss. Die Untersuchten fixirten während dessen bei beleuchtetem Gesicht einen ca. 5 m. entfernten Gegenstand. Die Reizung mit dem Pinsel ergab sicherere Resultate, als die durch den Knall der Pistole. Insbesondere störte im letzteren Falle das Zusammenzucken der Versuchspersonen die Beobachtung. Ich fand, wie Moeli es angegeben hat, dass bei Frauen und Kindern deutliche Pupillenerweiterung fast nie fehlt, dass sie bei Männern zwar in der Regel vorhanden ist, aber doch nicht allzu selten fehlt oder undeutlich ist und zwar letzteres um so häufiger, je älter die Versuchspersonen sind. Die Art der Erweiterung war ganz wie sie Erb beschrieben hat. Ich erwartete nun, dass bei Greisen die reflectorische Erweiterung meistens fehlen würde und war erstaunt zu finden, dass die Reaction noch bei der Mehrzahl sich nachweisen lässt und dass da, wo sie undeutlich ist, in der Regel die Beweglichkeit der Pupille im Allgemeinen vermindert ist. Im-

merhin scheinen im Alter viel stärkere Reize zur Erweiterung nöthig zu sein als bei Erwachsenen mittleren Alters. Leider habe ich es versäumt, die Stromstärke, bei welcher der Pinsel die Reaction bewirkte, regelmässig zu notiren. Es scheint die erforderliche Stärke des Reizes dem Alter direct proportional zu sein. Es dürfte sich demnach die Sache so verhalten, dass die Abnahme der reflectorischen Erweiterungsfähigkeit der Pupille relativ frühzeitig eintritt und dann nur langsam fortschreitet, während die Herabsetzung der Licht- und Convergenzreaction erst im hohen Greisenalter sich bemerklich macht.

Zur Erklärung der verminderten reflectorischen Erweiterungsfähigkeit genügte wohl die verminderte Innervation des Halssympathicus oder richtiger die Abnahme der allgemeinen Erregbarkeit. Im besonderen eine Herabsetzung der Erregbarkeit des pupillenerweiternden Centrums anzunehmen, erscheint nicht nothwendig. Die Abnahme der Lichtreaction aber, oder eigentlich die verminderte Fähigkeit der Pupille, sich bei Beschattung zu erweitern, fordert weitere Veränderungen. Dieselben sind wahrscheinlich in der Iris selbst zu suchen. Ebenso wie die Myosis lässt die Pupillenträgheit eine Contractur des Sphincter, welche der an den Antagonisten gelähmter oder paretischer Skeletmuskeln beobachteten ähnlich wäre, vermuthen. Möglicherweise spielen auch senile Veränderungen der Irisgefässe, resp. erhöhte Derbheit, „Verholzung" des Irisgewebes eine Rolle. Zu behaupten, dass die eine oder die andere Erklärung ausschliesslich zulässig sei, verbietet die Complicirtheit der Verhältnisse. Immerhin erklärt ein contracturähnlicher Zustand des Sphincter zugleich die Myosis und die Pupillenträgheit, während die Verholzung der Gewebe die hochgradige Myosis und auch die Mydriasis bei Blindheit unerklärt lässt.

II. Referate.

371) **A. D. Onodi** (Budapest): Das sympathische Nervensystem in seiner morphologischen Erscheinung. (Separat-Abdruck aus dem Orvosi Hetilap. 47 Seiten.)

Verf. bestrebt sich morphologisch nachzuweisen, was sonst physiologisch schon begründet ist, dass das sympathische Nervensystem eine untergeordnete Rolle gegenüber dem cerebro-spinalen spiele, und dass es bloss *ein Derivat des letzteren sei.* Indem er die Beziehungen der cerebro-spinalen Nerven und den ihnen correlaten Sympathicus-Theilen auseinandersetzt, und sie nach dem Typus der gleich Vertebralnerven beschaffenen Kopfnerven bespricht, kann er die Ansicht Schwalbe's bezüglich des Ganglion ciliare nicht annehmen. Nach seinen Untersuchungen an höheren Säugethieren und einer aufmerksamen Analyse der Angaben Schwalbe's hat sich Verf. überzeugt, dass das Ganglion ciliare nicht als Kopfwirbelganglion betrachtet werden könne.

In der weiteren Auseinandersetzung der anatomischen embryo-

logischen und intramedullären Verhältnisse der übrigen Kopfnerven hebt er die nahen Beziehungen des N. hypoglossus und accessorius hervor, welche aus ihren Kernen in der grauen Substanz und auch aus den Innervationsverhältnissen ersichtlich sind. Die zwei Kerne zeigen von dem oberen Theile des Halsmarkes bis zur unteren Partie des vierten Ventrikels solche Verhältnisse, welche allen Wurzeln und Kernen sämmtlicher Vertebralnerven eigen sind. Verf. ist geneigt den motorischen Theil des Accessorius als intravertebrale Schlinge zu betrachten. Letzterer versieht nämlich ausschliesslich Zungenmuskeln, da die anderen Zweige, welche die sonstigen Halsmuskeln innerviren von den oberen Halsschlingen entspringen. Die spärlichen Daten der Entwicklungsgeschichte des Sympathicus können nur für dessen Abspaltung aus den Vertebralganglien verwerthet werden. Die experimentellen Untersuchungen, sowie die eigenen als auch fremde anatomischen Befunde an Thieren und Menschen überzeugten Verf., dass das sympathische Nervensystem nach der besprochenen Entwicklungsnorm sich allein aufrichten könne.

Endlich theilt Verf. seine an Säugethieren, Vögeln, Fischen und Amphibien vorgenommenen Untersuchungen bezüglich des Grenzstranges, rami communicantes, depressor und des plexus coeliacus mit, welche alle mit dem Abhängigkeitsverhältnisse des Sympathicus vom cerebr. spinal. Systeme sich leicht erklären lassen. Die Subordination des Sympathicus ist mit mehr Wahrscheinlichkeit anzunehmen als seine Coordination mit dem Cerebro-Spinalsysteme.

Ladislaus Pollàk (Gross-Wardein, Ungarn).

---

372) **Wittkowski** (Strassburg): Ueber die Neuroglia. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIV. 1. p. 155.)

Theils auf Grund früherer Veröffentlichungen, theils gestützt auf eigene eingehende Untersuchungen, glaubt Verf., dass die Annahme einer sogenannten *Hornsubstanz* im Nervengewebe sich nicht mehr halten lässt, ebenso ist er jetzt zu der Ueberzeugung gekommen, dass kein triftiger Grund mehr vorliegt eine „*Hornspongiosa*“ im Gehirn anzunehmen, vielmehr glaubt er an eine „mehr formative und chemische Beziehung der Marksubstanz zur Neuroglia“, dass also letztere eine durchaus *markähnliche Natur* habe.

Dass zur Constituirung des Central-Nervensystems nothwendige Bindegewebe würde lediglich von den Gefässen, von den Bälkchen des Rückenmarks von den Piafortsätzen gegeben.

Langreuter (Dalldorf).

---

373) **Beaunis** (Nancy): Sur la comparaison du temps de réaction des différentes sensations. (Die Reactionszeit verschiedenartiger Sinnesreize.) (Revue philosophique 1883. 6. Heft.)

Nach einer ziemlich eingehenden, nichts Neues bringenden Analyse der Reactionszeit, versucht B. die auch bereits von verschiedenen Seiten betonte Thatsachen nachzuweisen, dass allerdings die Reactions-

zeiten auf dem Gebiete des Gesichts-, Gehörs- und Gefühlssinnes bezüglich ihres zeitlichen Ablaufes unmittelbar untereinander vergleichbar sind, nicht aber mit jenen Reactionszeiten, welche den Geruch oder Geschmack betreffen.

Aber auch bezüglich der drei ersten Sinnesorgane ist noch eine Fehlerquelle zu beachten, welche allerdings bisher wenig berücksichtigt worden ist. — Die Reactionszeit wird nämlich bis zu einem gewissen Grade durch die Intensität des sensorischen Reizes beeinflusst; wir können aber nur zwei Sinnesreize, welche demselben Sinnesorgane adaequat sind, untereinander auf ihre Intensität vergleichen, nicht aber z. B. einen Ton mit einem Lichteindruck; — wodurch selbstverständlich eine vollkommen correcte Vergleichung zweier Reactionszeiten die sich auf verschiedene Sinnesgebiete beziehen, unmöglich wird.

Obersteiner (Wien).

---

374) **Rich. Schulz** (Braunschweig): Casuistische Mittheilungen.
1.) Gliomatöse Hypertrophie des Pons und der Medulla oblongata.
(Neurolog. Centralbl. 1883. Nro. 1 und 4.)

Bei einem 32jährigen Dachdecker, hereditär nicht belastet, der den Verf. im Mai v. J. consultirte, hatten sich seit Ende Januar folgende Symptome entwickelt: Lebhaftes Schwindelgefühl beim Heben der Blickebene, Doppelsehen, starkes Ohrensausen links, Schwäche des Kinnbacken beim Kauen, Abducensparese beiderseits, so dass die Bulbi dem vorgehaltenen Finger nicht nach rechts und links aussen folgen können, sondern dann Nystagmusartig hin- und herschwanken; heftiger Schmerz im Vorderkopf, Hinterkopf und Nacken, der durch Perkussion des Kopfes gesteigert wird; pelziges Gefühl in den Fingerspitzen und Andeutung von Ataxie in den Armen; unsicherer taumelnder Gang, ohne dass beim Stehen mit geschlossenen Augen Schwanken eintritt. Zwei römische Bäder, die sich der Kranke verordnete, verschlimmerten den Zustand sehr. Nach dem zweiten fiel er plötzlich um und zeigte nachher leichte linksseitige Facialislähmung und Schwächegefühl in den linken Extremitäten. Am 19. Juni Tod durch Apoplexie.

Diagnose: Schwerer progressiver bulbärer Process in der Gegend der centralen Nervenkerne, der Medulla oblongata und weitergreifend.

Die Section ergab eine gliomatöse Hypertrophie des Pons und der Medulla oblongata, welche sich beide auf das doppelte Volumen verbreitert zeigten.

2.) Dementia paralytica. Syphilitische Erkrankung der Hirngefässe.

Ein 53jähriger Mann, der sich vor 11 Jahren syphilitisch inficirte und später an spezifischer Chorioiditis mit Doppelsehen litt, bekam im April v. J. plötzlich einen epileptiformen Anfall; im Anschluss daran zunehmende tobsüchtige Erregung mit den Charakteren der Paralyse; Tod nach 14tägiger Dauer.

Diagnose: Dementia paralytica syphilitica. Bei der Section zeigten sich die Arterien an der Hirnbasis in starre Röhrchen verwandelt, stellenweise mit grauweisslichen Plaques versehen, knollig aufgetrieben, nirgends verkalkt. An der Aorta atheromatöse Plaques. Die mikros-

kopische Untersuchung der Hirngefässe ergab den Befund der Heubner'schen Endarteriitis luetica. Verf. ist der Meinung, man dürfe die Frage, ob letztere in der That ein spezifisch syphilitisches Produkt sei, was bekanntlich Koester u. A. unter Hinweis auf ganz denselben mikroskopischen Befund bei der nicht spezifischen Endarteriitis obliterans bestreiten, nicht ausschliesslich pathologisch-anatomisch betrachten. Ihre Lösung ist vielmehr nur vom klinisch-anatomischen Standpunkt mit Berücksichtigung der Aetiologie möglich. Er ist der Ansicht Baumgartens, wonach Heubner's Arteriitis luetica nur den niederen Grad der spezifischen Arteriitis gummosa darstellt.

Gottlob (Grafenberg).

---

375) **Carl Hochhalt** (Budapest): Ueber die Heubner'sche Hirnarterienerkrankung. (Vortrag in der Sitzung der XXII. Wanderversammlung der ungar. Aerzte und Naturforscher. Debreczin 26. August 1882.)

Vortr. beobachtete die seltenere Form der Erkrankung der Art. basilaris bei einem 34jährigen Landmanne, der vor 14 Jahren mit Syphilis behaftet und antiluetisch behandelt ward. Nach 6 Jahren dennoch secundäre Lues. Das gezeugte Kind mit congenitaler Syphilis geboren, genas wohl, starb jedoch, so wie ein zweites, zu dieser Zeit, angeblich an Schwäche. Seit 6 Wochen quälende Kopfschmerzen, Vertigo, Schlaflosigkeit. *Die Cephalalgie beginnt in der Nackengegend und pflanzt sich radiär gegen beide tubera parietalia fort.* Von 6 Uhr Abends bis 3 Uhr Nachts excessive Schmerzen, die wohl nie cessiren, aber bei Tag doch erträglich sind. An Sinnesorganen keine path. Veränderung, Augenfunctionen normal, Motilität intact; Hautsensibilität unverändert, bloss Gedächtnisswäche seit Kurzem wahrnehmbar. Anamnestisch und aus dem negativen Befund Syphilis diagnosticirt; jedoch halfen weder Jodkali in steigenden Dosen, noch spätere Inunctionen. Unter hochgradigen Paroxysmen verschlimmerte sich sein Zustand. Rapide Abnahme des Gedächtnisses, heftige Schwindelanfälle, Erschöpfung, deprimirte verzweifelte Stimmung. Nach 15tägiger Behandlung Schlaganfall mit Bewusstlosigkeit. R. Pupille mydriatisch; linke Stecknadelkopfeng. R. Mundwinkel hängt. Coma. Trachealrasseln, Tod innerhalb 24 Stunden.

Sectionsdiagnose: Endarteriitis syphilitica art. basilaris, subsequente thrombosi partiali chron. et totali recente, nec non thrombosi bifurcationis arter. vertebralium et degeneratione parenchymatosa acuta totali pontis. Hydroceph. int. chron. minoris gradus et vegetationes ependymatis ventriculi quarti. Apoplexia intermeningealis recens minoris gradus convexitatis sin. Cicatrix fors luetica cruris dextri.

Die mikroscopische Untersuchung bestätigte die syphil. Natur der Erkrankung der Art. basilaris. Im vorderen Theile ist bloss mässige Zelleninfiltration der Adventitia; im hinteren, verengerten Theile ist aber selbe hochgradig verdickt, um die Vasa vasorum gruppiren sich concentrisch rundliche, kleine Zellen. Die Muskelschichte atrophirt von unten, ihre Elemente sind distrahirt und die zellige Schichte dringt bis zur verdickten Intima. Diese ist an vielen Stellen

eingerissen, so dass sie die körnigverfallene, verdickte Media sehen lässt.

Nach dem Vortragenden ist die Capacität der *Art. basilaris* kleiner als die Gesammtcapacität der Art. vertebrales, daher sind hier selbst anat. Verhältnisse der Bildung von Thrombosen, Aneurysmen günstig. Im besprochenen Falle waren von Seite der Brücke, des Kleinhirns und der Stammganglien functionelle Störungen desshalb nicht wahrnehmbar weil der intacte Circulus Willisii und ein von den Vertebralarterien seitlich gebildeter Lateralkreislauf die Nutrition derselben unterhalten konnte. Die Gedächtnissabnahme, Abstumpfung der intellectuellen Kräfte, Agrypnie, die Schmerzen aber lassen sich von der Anämie der Pia, und der schlechten Ernährung der grauen Substanz ableiten.

Die später von dem hinteren Theile weiter dringende, plötzliche Thrombose des ganzen Lumens der Art. basilaris, die so rapid eingetretene Anämie und acute Erweichung der Varolsbrücke verursachten dann den apoplectischen Anfall und den Tod.

Nach Verf. ist der intensive Kopfschmerz, nicht wie Heubner meint bloss von der periostalen Erkrankung der Schädelknochen abhängig, sondern ist ein Symptom der protrahirten Anämie der Stirnhüllen. Ferner soll bloss der rasche und totale Verschluss der Basilararterie wesentliche Störungen verursachen; bei allmäligen Verengerungen, partiellem Verschlusse können bedeutendere Functionsstörungen zufolge des sich bildenden Lateralkreislaufe sich ausgleichen.

Weiters deducirt aus diesem Falle Verf. den (vielleicht doch gewagten. Ref.) Schluss, dass acute Erkrankungen des Pons früher den Tod veranlassen, als der von Kussmaul und Tenner experimentell festgestellte epilep. Krampfanfall sich einfinden könnte. *Er negirt auch desshatb dessen diagnostischen Werth.*

Aus dem histologischen Befunde ist ersichtlich, dass die luetische Zellenproliferation nicht von der Intima, sondern von der gefässreichen Adventitia ausgeht.

Ladislaus Pollàk (Grosswardein, Ungarn).

---

376) **Carl Kétli** (Budapest): Erkrankungen der Hirnrinde in Folge von Trauma. (Vortrag in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Budapest. 2. Dezember 1882.)

Bei einem 42 J. alten Manne Verletzung am linken Seitenwandbeine mit Schädelfractur. Nach einstündiger Bewusstlosigkeit aufgewacht, die l. Extremitäten gelähmt. Lähmung nach einem halben Jahre noch andauernd. Keine Facialislähmung. Aus den später erfolgenden Convulsionen, dem bestehenden Schwindel, Fehlen der Facialislähmung und dauernder Paralyse der Extremitäten muss man das Ergriffensein des *oberen Drittels der Gyri centrales* erschliessen.

Ein zweiter Fall betraf einen 27jährigen Mann, der vor 5 Jahren einen Stoss — Pferdehufschlag erlitt. Mehrfache Schädelfractur. Monoplegie im Verzweigungsgebiete der *pars respiratoria Belli.* R. Arm schwächer als der linke. In den letzten Monaten clonische Krämpfe

in der r. Gesichtshälfte. Seit zwei Wochen öfters Vertigo und Muskelcontractionen des ganzen Körpers; bei der Krankenvorstellung *classische Epilepsie.* Deprimirtes Gemüth, gedehnte Sprache; hie und da *Silbenstolpern.* R. Pupille ohne Reaction. Aus dem tardiven Auftreten der partiellen Muskelzuckungen, den epileptischen Anfällen, dem Verfall der Intelligenz schliesst Vortragender auf Affection der Hirnrinde, zu welcher sich Periencephalitis gesellte. Er prognosticirt das Auftreten von progressiver Paralyse.

Ladislaus Pollàk (Gross-Wardein, Ungarn).

---

377) **Rudolf Günther** (Leipzig): Ueber die typische Form der progressiven Muskelatrophie. (Berl. kl. W. 1883. Nro. 20 u. 21.)

Verf. veröffentlicht 2 Fälle der von Erb aufgestellten sogenannten *typischen Form* der progressiven Muskelatrophie. Klassische Symptome und Verlauf sind in Kürze folgende: Beginn der schleichend eintretenden Atrophie an den Hand- u. Schultermuskeln. Unaufhaltsamer Fortschritt und zwar Ausbreitung in disseminirter Form, d. h. die Muskeln können zuerst partiell ergriffen werden. Der Atrophie folgen Schwäche und fibrilläre Zuckungen und „schwer nachzuweisende aber bestimmt vorhandene *Entartungsreaction* in den atrophischen Muskeln.“ Sensibilität u. Reflexe unbeeinträchtigt. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in dem *Nachweis* der von Andern (Eulenburg, E. Remak, Bernhardt, Lichtheim, Moebius, Seeligmüller) bei der progr. Muskelatrophie theilweise oder ganz bestrittenen Entartungsreaction, wie dies von G. in den beiden ausführlich mitgetheilten galvanischen Befunden geschieht. Der Hauptsitz der Entartungsreaction waren die Muskeln der Hand und des Vorderarms. Bezüglich der differentialdiagnostischen Ausführungen der Arbeit (Unterschied der progr. Muskelatrophie von der chron. Poliomyelitis anterior, der peripheren Neuritis, der primären Myositis, der Muskelatrophie nach Gelenkentzündungen etc.) muss auf das Original verwiesen werden.

Langreuter (Dalldorf).

---

378) **Hermann Lenhartz** (Leipzig): Beitrag zur Kenntniss der acuten Coordinationsstörungen nach acuten Erkrankungen (Ruhr). (Berl. kl. W. 1883, Nro. 21 u. 22.)

Ein bisher völlig gesunder 8 jähriger Knabe erkrankte an acuter Dysenterie. Verlauf der Lokalerscheinungen in $1\frac{1}{2}$ Wochen. 24—36 Stunden nach Beginn der Krankheit traten schwere Cerebralerscheinungen auf: Zuerst Apathie, dann maniakalische Symptome, später völlige Sprachlosigkeit. Innerhalb 4 Wochen complete Anästhesie und Intelligenzschwäche. Sphincterenlähmung. „Etwa 2 Wochen später beobachtet man *Ataxie,* die trotz wiederkehrender Tastempfindung bei intactem Muskelsinn und bei den zunehmend kräftigeren Willkührbewegungen immer deutlicher hervortritt. Dieselbe äusserte sich anfänglich nur bei den Bewegungen der Glieder, in der Folge auch bei allen Bewegungen des Rumpf's, Kopf's und besonders bei denen der Bulbi — als atactischer Nystagmus. Das Kniephänomen war dauernd erhöht.

Aphasie u. Ataxie bleiben monatelang die Cardinalerscheinungen, obwohl der Allgemeinzustand und die Intelligenz des Knaben sich bessern." Die Coordinationsstörungen bessern sich erst nach Jahresfrist. Nach $2^1/_2$ Jahren noch Ungeschicklichkeit bei willkührlichen Bewegungen und bei der Sprache. Der Knabe überstand inzwischen noch einen Abdominaltyphus und eine Angina necrotica.

Wegen der Mannigfaltigkeit der Erscheinungen ist Verf. geneigt einen *disseminirten Process in Gehirn und Rückenmark* anzunehmen und führt den Ursprung auf eine, gelegentlich der Ruhr eintretende Invasion von Microorganismen zurück.

Wie in einer Eingangs der Arbeit mitgetheilten Literaturübersicht enthalten, sind Fälle von „acuter Ataxie" bisher beobachtet nach Diphtherie, Typhus, Variola, Masern, Scharlach, Pneunomie, Erysipel und Malaria. Langreuter (Dalldorf).

---

379) **Schulz** (Braunschweig): Die Bedeutung der Sehnenreflexe bei Beurtheilung eventueller Simulation von Rückenmarkskrankheiten. (Sep.-Abdruck aus dem Archiv f. klin. Medicin.)

Die Simulation einer Rückenmarkskrankheit kommt selten vor, doch gibt es immer Fälle deren Symptome, falls sie nicht simulirt sind auf eine Rückenmarkskrankheit bezogen werden müssten, deren sicherer Diagnose sich aber die grössten Schwierigkeiten entgegen stellen. Unter solchen Umständen gibt die vorhandene Steigerung der Sehnenreflexe namentlich der Dorsalclonus einen sicheren Fingerzeig, dass es sich um *keine* simulirte Krankheit handelt. Den Dorsalclonus zu simuliren ist gradezu ein Ding der Unmöglichheit. Wie die Steigerung der Sehnenreflexe nicht simulirt werden kann, so ist auch die Simulation des Fehlens des Patellarreflexes einem geübten Beobachter gegenüber *nicht* möglich. Die Wichtigkeit dieses Satzes wird namentlich für die bahnärztliche Praxis hervorleuchten, welcher die meisten Fälle der Simulation von Rückenmarkskrankheiten zufallen, (Railway spine). Verschiedene Krankheitsgeschichten illustriren die obigen Angaben. Eickholt (Grafenberg).

---

380) **Silv. Tonnini** (Imola): Sui disturbi spinali nei pazzi pellagrosi. (Spinale Störungen bei Pellagrösen.) (Riv. sperim. di fren. 1883. 1. Heft.)

In dieser vorläufigen Mittheilung will T. nur einige wenige der hierher gehörigen Fragen berühren.

Den Patellarreflex fand er unter 40 Pellagrösen im letzten Stadium nur 4 mal fehlend (vergl. dieses Centr.-Bl. 1883 pg. 154), fast immer waren aber andere Umstände vorhanden, vorzüglich ausgebreitete Oedeme, welche das Fehlen des Sehnenreflexes verursachten; hingegen fand sich häufig (10 mal) eine Verstärkung der Sehnenreflexe. — Das Gleiche gilt, wenn auch weniger deutlich, von den Pellagrösen der früheren Stadien. —

Bezüglich der pathologischen Anatomie macht T. vorläufig nur auf das so häufige Vorkommen von Knochen in der spinalen Arach-

noidea (14 mal unter 32 Fällen) aufmerksam. Wie gewöhnlich fanden sich diese Knochen nur an der hinteren Peripherie des Rückenmarkes, und besonders oft schon bei jungen Individuen.

Obersteiner (Wien).

---

381) **N. Weiss** (Wien): Zur Messung der Intensität galvanischer Ströme in der Electrotheraphie. (Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1883. 1. H.)

Verf. hebt die Vortheile hervor, welche der Gebrauch des Gaiffe'schen Milliwebergalvanometer's vor den andern bei der Messung der Stromintensität gebräuchlichen Galvanometern hat. Man liest an demselben den Werth der Stromintensität in absoluten Zahlen ab, ist von der wechselnden Natur und Stärke der angewandten Elemente unabhängig und braucht den so sehr wechselnden Widerstand des zu untersuchenden Kranken nicht zu berücksichtigen.

Verf. ist der Ansicht, dass man mit dieser Methote der absoluten Messung zu klareren und richtigeren Vorstellungen über das Verhalten der electrischen Erregbarkeit an normalen und pathologischen Nerven gelange, als mit den andern gewöhnlichen Galvanometern und theilt mehrere bezügliche Versuchsergebnisse zum Beweise mit.

Gottlob (Grafenberg).

---

382) **Salemi-Pace** (Palermo): Un caso die nevrasthenia cerebellospinale con agorafobia. (Il pisani 4—6. Heft. 1882.)

Es handelt sich um einen 56jährigen, erblich belasteten Mann, welcher die gewöhnlichen Erscheinungen der Agoraphobie darbot. Unter dem Gebrauche von Chinin, der Anwendung des faradischen Stromes an die Wirbelsäule und die unteren Extremitäten, sowie der Regendouche genas der Kranke im Verlaufe eines Monates.

Obersteiner (Wien).

---

383) **M. V. Magnan**: Lessons cliniques sur l'épilepsie. Paris 1882. (Progrès médical.)

Magnan hat am Asyle Sainte-Anne eine Reihe von Vorlesungen über wichtige Punkte aus der Lehre von der Epilepsie gehalten und dieselben durch Demonstration zahlreicher Kranker, deren z. Th. sehr interessante Krankengeschichten mitgetheilt werden, illustrirt. Das klar und fliessend geschriebene Buch sei zur Lektüre bestens empfohlen. Zum Referat eignet es sich in seiner Gesammtheit wenig. Nur einige Punkte seien hier hervorgehoben, weil sie vielfach noch wenig Bekanntes enthalten. Zur Unterscheidung des simulirten vom echten epileptischen Anfall benutzt M. unter Anderen das Studium der Kopfstellung. Meist treten bei completen Anfällen Krämpfe in einen Sternocleidomastoideus ein, wodurch sich der Kopf nach der vom Gesicht abgewandten Schulter neigt. Simulanten drehen aber gewöhnlich Kopf und Gesicht nach der gleichen Seite. An solchen rein praktischen Bemerkungen ist das Buch überhaupt reich. Hingewiesen sei namentlich auf das was der erfahrene Verfasser über die Verantwortlichkeit der Epileptischen für ihre Handlungen sagt. Er fasst übrigens die

ganze Reihe der „Folie periodique, folie transitoire und folie instantanée“ als „epileptische Entladungen“ auf, die statt auf die motorischen auf die psychischen Regionen des Gehirns ausstrahlen und glaubt, dass je eingehender diese Zustände studirt werden, um so weniger Fälle, die von Epilepsie unabhängig sind, gefunden werden. Zwei Curven, welche der Arbeit beigegeben sind, zeigen, dass während des Stadium tonicum der Epilepsie der arterielle Druck (wie zu erwarten Ref.) zunimmt und dass im clonischen Stadium, wenn die grossen Bewegungen der Extremitäten auftreten, die vorher sehr gesteigerte Pulsfrequenz sinkt, so beträchtlich dass Systole und Diastole 6—8 mal mehr Zeit brauchen als in normalem Zustand. Die Curven entstammen einem Hunde, den man durch Absynthvergiftung epileptisch gemacht hatte, eine andere vom Menschen zeigt übrigens annährend analoge Verhältnisse.

Sehr interessant ist die 5. Vorlesung, welche von der Epilepsie in Coincidenz mit anderen Geisteskrankheiten handelt. Dieselbe ist namentlich reich an guter Casuistik.

Der therapeutische Theil bringt nichts Originales.

Edinger (Giessen).

---

384) **Fürstner** (Heidelberg): Ueber psychische Störungen bei Gehörkranken. (Berl. kl. W. 1883. Nro. 18.)

Verf. macht Mittheilungen über 26 eigene Beobachtungen von psychischen Störungen, bei denen Affection des Gehörapparates das primäre war. Zunächst waren es 2 gutartig verlaufende Melancholien, bei hereditär belasteten weibl. Individuen, die einige Tage nach plötzlich aufgetretenen intensiven *Ohrgeräuschen* (wahrscheinlich Blutgeräuschen) enstanden und deren Heilung vollkommen gleichen Schritt hielt mit der Besserung der Ohraffection. F. erinnert dabei an die Berichte vieler Ohrenärzte, die Patienten beobachteten, welche nach hartnäckig fortbestehenden Ohrgeräuschen (Singen, Pfeifen, Brummen etc.) tief deprimirt wurden und sogar zum Selbstmord neigten. Eine andere Classe von Erkrankungen bilden diejenigen, (19 von Fürstners 26 Fällen), wo auf Grund von subjectiven Empfindungen meist in Folge von chronischem Paukenhöhlenkatarrh mit stark herabgesetzter Höhrschärfe, Illusionen, Hallucinationen u. Wahnvorstellungen auftraten. Die Kranken — gewöhnlich dem höheren Lebensalter angehörend — bieten schliesslich meistens das Bild einer hallucinatorischen Verrücktheit, sie sind gewöhnlich unheilbar, aber häufig erträglich für die Umgebung, so dass sie in der Familie behalten werden können. In mehreren Fällen dieser Categorie bei denen die Gehörschärfe von Anfang an stark herabgesetzt war, entwickelte sich die Psychose auf Grund des aus der Taubheit resultirenden Misstrauens gegen die Aussenwelt, das ja bei Schwerhörigen wegen der oft unvollkommenen oder falschen Perceptionen etwas gewöhnliches ist. Es treten dann Beeinträchtigungs- und Verfolgtseinsideen früh auf. (Ref. ist geneigt diese Art der Entstehungsweise mehr zu betonen als F. gethan hat.

Die Erregungszustände, die häufig im engsten Anschlusse an

acute zur Eiterbildung führende Processe in der Paukenhöhle auftreten, will F. nur zum Theil auf directe meningitische Reize zurückführen. Er nimmt an, dass häufig einfache Hirndruckverhältnisse eine Rolle spielen und führt zum Belege eine eigene und zwei Beobachtungen Schüle's an, wo nach plötzlich auftretendem profus eitrigem Ohrenausfluss die Psychose rasch zurückging.

Zum Schluss erwähnt F. dass er in mehreren Fällen, wo ätiologisch verschieden bedingte Taubheit bestand, acut hypochondrisch-melancholische Verstimmung mit Neigung zum Suicidium auftrat.

Langreuter (Dalldorf).

---

385) **B. S. Schultze** (Jena): Gynäkologische Behandlung und Geistesstörung. (Berl. kl. W. 1883 Nro. 23.)

In seiner Replik auf die Peretti'sche Veröffentlichung beharrt Schultze im Wesentlichen auf seinem früheren Standpunkte. Er will die Gynäkologie in den Irrenheilanstalten durch einen Assistenten, sog. „fertigen Gynäkologen" vertreten wissen, da er den weibl. Genitalerkrankungen in der Aetiologie der Psychosen eine hervorragende Rolle zuschiebt. Ohne die überaus schwierige Frage genauer kritisch erörtern zu wollen, möchte Ref. nur einiges zu den Untersuchungen Hergt's und Danillo's — dem einzigen *positiven* Beweismateral was Sch. vorbringt — bemerken. Wenn Hergt am Sectionstisch bei nahezu zwei Drittel der geisteskranken Frauen und Danillo bei 69% solcher lebenden Genitalleiden fand, so dürfte eine solche Statistik ohne nähere Angaben der Form der Seelenstörung doch bedenklich erscheinen. Bekanntlich sind *alle Arten körperlicher Missbildungen* bei Geisteskranken besonders den hereditär belasteten in viel höherem Prozentsatz vertreten als bei Geistesgesunden, ohne dass man sie ätiologisch verantwortlich macht, warum denn nicht auch Genitalmissbildungen? Ferner dürfte die Zahl derer, die sich *bei schon bestehender Psychose* durch Masturbiren und andere mechanische Insulte ein Genitalleiden zuziehen, nicht gering sein. Nach Ansicht des Ref. könnte nur eine solche Statistik Werth haben, die den Prozentsatz der Genitalerkrankung bei *frisch geistig Erkrankten ohne körperliche Missbildungen*, bei denen zugleich *feststeht*, dass sie sich ihre Geschlechtsleiden nicht *in Folge oder während der Geisteskrankheit* zugezogen haben — den Genitalleiden bei Geistesgesunden gegenüberstellt. Eine solche vorurtheilsfreie Statistik existirt bis jetzt noch nicht. Langreuter (Dalldorf).

---

386) **Kiernan:** Katatonia. (Alienist & Neurologist. 1883. pag. 558.)

K. giebt ein vollständiges klinisches Bild der Katatonie, das in den wesentlichen Punkten mit demjenigen übereinstimmt, das wir Kahlbaum verdanken. Von 46 Beobachtungen sind 6 in ext. mitgetheilt, unter diesen eine mit Sectionsbefund. Dass die Kat. selten ist, räumt er, mit Kahlbaum übereinstimmend, ein, glaubt aber, dass viele Fälle als solche unerkannt verlaufen; im New-York City Asylum betrugen sie etwa 2% sämmtlicher Aufnahmen.

Aus den ausführlich mitgetheilten aetiologischen Daten sämmtlicher Fälle schliesst K., dass die häufigste prädisponirende Ursache eine ererbte scrophulöse Diathese ist, während alle übrigen Einflüsse (Stimulantien, Erziehung, Masturbation, Excesse, Traumata etc.) wohl bisweilen als erregende Ursachen wirken, meist aber nur die Wirkung jener Diathese verstärken, oder auch wohl (Trauma, 1 Fall mitgetheilt) den Verlauf der Krankheit etwas modificiren.

Als pathologisch-anatomisches Substrat dieser Diathese constatirt er, nach seinen u. Kahlbaums Sectionsbefunden, eine Basilar-Meningitis (mit Hydrocephalus) tuberculösen Charakters, die meistens schon in der Kindheit überstanden wurde, aber das Gehirn für später schwer geschädigt hat. Eine derartige Heilung der Bas.-Mengt. glaubt er als recht häufig vorkommend erfahren zu haben. Die Localisation des tuberculösen Processes ist an der Hirnbasis, im vierten Ventrikel und über der Fiss. Sylv. zu suchen. Die zur Stütze seiner Ansicht mitgetheilte microscopische Untersuchung eines Fall's ergab einen entsprechenden Befund.

Während Kahlbaum die Prognose als gut bezeichnet, nennt sie K. nur mässig günstig und glaubt, dass möglicherweise manche von Kahlbaums Genesungen nur längere Remissionen waren. K. selbst fand bei seinen 46 Fällen 10 male Genesung, doch nur von 2 der letzteren kann er diese Genesungen als eine zweifellos dauernde bezeichnen. Ausserdem ist wohl zu beachten, dass auch die Prognose quoadvitam bei dieser „per se toddrohenden Krankheit“ zu stellen ist.

Die Behandlung soll eine medicinische u. eine moralische sein, erstere eine vorwiegend symptomatische und tonische: In Betracht kommen dann Conium, Stimulantien (hauptsächlich alkoholische) u. Amylnitrit. Letzteres fand K. in 10 Fällen von gutem Erfolg, in einem mitgetheilten Falle von unmittelbarer günstiger Wirkung.

K. hebt dann die forensisch interessante Seite der Kat. hervor und bespricht schliesslich das nach Kahlbaum mögliche epidemische Vorkommen dieser Krankheit. K. glaubt nicht, dass man in den angeführten Fällen von einer eigentlichen Epidemie sprechen darf, und macht darauf aufmerksam, dass derartige Häufung von Erkrankungen in Gegenden beobachtet ist, in denen scrophulöse Affectionen häufig und zu Hause sind. Waehner (Kreuzburg).

---

387) **Hughes:** A Case of Moral Insanity. (Alienist u. Neurologist 1882. pag. 517.)

Hughes theilt ein Fall von moralischem Irresein mit, wie sich derselbe nach den Schilderungen der Mutter der 27jährigen Patientin entwickelt hat. Pat. ist erblich nicht belastet, hat ihrem Stande gemäss eine sorgfältige Erziehung genossen. Im Alter von beiläufig 16 Monaten war sie in Folge eines Versehens durch Morphium und Calomel vergiftet und mit Mühe gerettet worden.

Schon in der Jugend zeigte sie sich heftig und äusserst eigensinnig, dabei, mit durchaus guten Anlagen, eher träge, reizbar und launisch. Als ihre Periode zum ersten Male eintrat, sagte sie Nichts davon,

badete wie früher jeden Tag kalt; erst sechs Monate nachher entdeckte die Mutter zufällig, dass ihre Tochter menstruirt war. Bei jeder Periode steigerten sich die üblen Eigenschaften der Pat., und später kam es während jener zu den heftigsten Ausbrüchen. In ihrem 20. Jahre fing sie allmälig an ihre Schwester zu verdächtigen und zu verleumden, dann sie auf die gewöhnlichste und gemeinste Art zu beschimpfen. Bald erstreckten sich ihre Ausbrüche von Heftigkeit und ihre Verleumdungen auf andere Personen ihrer Umgebung; ihre Geschwister und ihre Mutter. Letztere beschuldigte sie ohne Grund, ihr das väterliche Vermögen vorzuenthalten, ihren Bruder; der verunglückte, in den Tod getrieben zu haben. Ihre Heftigkeit führte zu Thätlichkeiten gegen die Schwester; sie griff diese gefährlich an, zerstörte ihr Eigenthum, zerschnitt z. B. das Bild ihres kurz vorher gestorbenen Vaters, nur weil es im Besitze der Schwester war u. s. f. So entwickelte sich allmälig das Bild des Irreseins, ohne dass sich ihre intellectuellen Fähigkeiten sonst geschwächt zeigten. Je nach ihrem Zustande wurde ihre Krankheit von den sie untersuchenden Aerzten als solche erkannt, von anderen geleugnet. Oefter in eine Anstalt aufgenommen, wurde sie immer bald wieder entlassen und doch zeigt das von der Mutter entworfene Bild wie ein solcher, nicht immer gemeingefährlich oder auch nur „geistig krank“ erscheinender Kranker, den Frieden des Hauses stören und seinen Wohlstand vernichten kann, während die rechte Handhabe fehlt, ihn daraus zu entfernen. Waehner (Kreuzburg).

---

388) **Wright:** The Physical Basis of Moral Insanity Viewed in Relation to Alkoholic Impression. (Alienist und Neurologist 1882. pag. 542.)

Verfasser will gewisse Wirkungen des Alkohols auf die Constitution und Struktur der wesentlichen Gewebselemente des Gehirns besprechen, welche ihm eine nachweisbare substantielle Basis für das moralische Irresein abzugeben scheinen, ohne nothwendiger Weise die eigentlichen intellectuellen Centren zu stören.

In erster Linie führt nun W. aus, wie im menschlichen Hirn gewisse Faserbündel, die bogenförmig die verschiedenen Gegenden mit einander verbinden (Meynert), jene anderen peripherisch leitenden überwiegen. Wird also bei fortgesetztem Missbrauch des Alkohols im Gehirn zuerst jene Hypertrophie, dann Schrumpfung des Bindegewebes, damit Läsion der Nervenbündel und Ganglienzellen herbeigeführt, so werden natürlich zunächst in empfindlicher Weise die in Masse überwiegenden Verbindungsnerven getroffen. Auf ihnen beruht aber die gewohnheitsmässige Coordination der Gedanken und Gefühle und damit das Selbstbewusstsein und das Bewusstsein der Rechte, Pflichten und der Verantwortlichkeit dieses „Selbst“, „Ich's“, dem Universum, der Umgebung gegenüber. Demnach muss dieses Gefühl des „Ego“ mit seinen Rechten etc. durch jene Alkoholwirkung zuerst getroffen werden, damit also die moralichen Fähigkeiten u. Leistungen.

Die zweite in Betracht kommende Wirkung des Alkohols ist die Anaesthesie, die Schwächung der Empfindung und damit der Perception. Schon dadurch wird jenes Gefühl des „Ego“ weiter gestört. W. glaubt

aber weiterhin annehmen zu dürfen, dass die anaesthetische Wirkung des Alkohols jene Coordinationscentren und ihre Verbindungen direkt schädigen, wie die der Empfindung und Vorstellung. Damit wird sich aber der Charakter des Betreffenden vollends ändern, selbstisch werden, und eine richtige geistige Thätigkeit gestört werden.

Wenn nun ein derartig erkranktes Gehirn längere Zeit jenen Schädlichkeiten ausgesetzt worden ist, so wird der dadurch enstandene moralische Defect constitutionell, organisch und damit erblich werden. Wir finden im Nachkommen jenen Charakter, der wohl den Unterschied zwischen Recht u. Unrecht kennt, aber nicht zu empfinden vermag. Er mag aus Gewohnheit darüber sprechen, auch darnach handeln, bis er plötzlich ganz anders geartet erscheint. Und doch hat diese Entartung des Charakters nicht bei ihm, sondern schon beim Vorfahren stattgefunden. Wir haben den Verbrecher (wie bei Guiteau), zu dessen Thaten wir die Ursache in dem durch Alkohol veränderten Hirn seiner Vorfahren zu suchen haben. Waehner (Kreuzburg).

---

389) **Georg Lehmann** (Saargemünd): Zur Casuistik des inducirten Irreseins. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIV. 1 p. 144.)

Obigen Namen schlägt Verf. für die allerdings unpassende Bezeichnung *folie á deux* vor. Das sind Fälle wo ein Individuum in Folge des Irreseins eines Anderen erkrankte. L. veröffentlicht 5 einschlägige Beobachtungen, wo die secundär erkrankten Personen sämmtlich weiblichen Geschlechts waren. Die vorhandenen prädisponirenden Momente bestanden theils in ausgesprochener hereditärer Belastung und Schwachsinn, theils in habituellen Kopfschmerzen, reizbarem Wesen etc. Langreuter (Dalldorf).

---

390) **v. Kraft-Ebing**: Schändung. Zweifelhafter Geisteszustand. Keine Geisteskrankheit. (Friedreich's Blätter 34. Jahrg. 2. Heft.)

Eduard R., 63 J., ledig, pensionirter Beamter wurde am 1. Mai 1882 überrascht, als er in einer öffentlichen Anlage der 10½ Jahre alten Marie im Beisein der 10 Jahre alten Sophie unter die Röcke griff und auf Grund der gravirenden Aussagen der Mädchen in Untersuchung gezogen.

R. gesteht zu, dass er von ihnen verlangt habe, sie sollten die Röcke aufheben und ihm ihre Genitalien zeigen, worauf die M. verlangt habe, er solle ihr die seinigen zeigen. Hierauf habe er die Spitze seines Gliedes entblösst und das Verlangen geäussert, es zwischen ihre Schenkel zu bringen. Dass die Kinder noch nicht 14 Jahre waren, sei er sich bewusst gewesen. Die M. hat intakte Genitalien und macht den Eindruck eines nicht unverdorbenen Mädchens.

Befund. E. R, ist gut conservirt, zeigt ausser mässigem Emphysem keine Altersgebrechen. Brustkorb rhachitisch, Schädel normal, links überfaustgrosser Wasserbruch, in welchem die Ruthe zur Hälfte aufgegangen ist, rechts beginnender. Der rechte Hode ziemlich klein. Explorat ist nicht Hereditarier, behauptet aber von Kindheit an sehr nervös zu sein und keine starken Geräusche zu vertragen. Seit 1882 leide er im Sommer an Verstimmung und Lebensüberdruss und habe deshalb wiederholt den Arzt konsultiren müssen. Er war von jeher geschlechtsbedürftig und wurde 1861 wegen unsittlichen Lebenswandels

pensionirt. In der Jugend hat er onanirt, vom 23. Jahre bis Dezbr. 1881 mit Weibern verkehrt. In den letzten Jahren will er eine Abnahme seiner geschlechtlichen Kraft verspürt haben. Die strafbare Handlung sucht er in milderem Lichte darzustellen. Nicht er, sondern die M. habe ihn verführt. Er habe nur einen Spass mit den Mädchen gemacht. In die Enge getrieben, gerirt er sich als reumüthiger Sünder.

Da es wissenschaftlich feststeht, dass solche strafbare Handlungen an Kindern gewöhnlich von an beginnender Altersverblödung oder Gehirnerweichung der Irren leidenden, zeugungsschwachen und doch durch die Hirnkrankheit geschlechtlich erregbaren Individuen begangen werden, so musste der gesammte geistige und körperliche Zustand des Inkulpaten einer sorgfältigen Untersuchung unterworfen werden. Dieselbe ergab weder Schwäche des Gedächtnisses, noch der Intelligenz überhaupt, noch Aenderungen des Charakters, noch Ausfallerscheinungen in der ethischen Sphäre. R. ist anscheinend geschlechtlich potent, zeigt keine Hirnsymptome und empfindet lebhafte Reue.

Gutachten. Die gerichtsärztliche Untersuchung hat keine Anhaltspunkte für Geisteskrankheit oder Sinnenverwirrung zur Zeit der That ergeben. Ebensowenig ist anzunehmen, dass ein krankhaft gesteigerter, oder perverser Antrieb mit der Bedeutung eines organischen Zwanges oder impulsiven Aktes im Spiele war. Andererseits lässt sich nicht läugnen, dass bei nervös angelegten und kranken Individuen das Geschlechtsleben häufig mit ungewöhnlicher Stärke sich geltend mache. Darauf hin erfolgt Anklage wegen Verbrechen der Schändung und Uebertretung gegen die öffentliche Sittlichkeit. Auf Antrag des Vertheidigers, der die Zurechnungsfähigkeit des R. bestreitet, werden zwei Zeugen vernommen, die ihn seit Jahren kennen und für nicht geisteskrank, aber für „gepritscht" und excentrisch erklären, auch in Bezug auf seine Nervosität und Obscönität übereinstimmen. Ein zweites gerichtsärztliches Gutachten erklärt seine auffälligen Handlungen aus der erwiesenen Nervosität und geschlechtlichen Bedürftigkeit des R. Seine Geistesintegrität ist jedoch nicht zu bezweifeln, auch hat sich sein geschlechtliches Bedürfniss niemals bis zur Höhe eines unwiderstehlichen Zwanges erhoben.

Der Angeklagte entzog sich der Verurtheilung durch Selbstmord mittelst Erhängens. Landsberg (Ostrowo).

---

291) **F. Zierl** (Kaufbeuren): Gerichtlich-psychiatrische Mittheilungen. III. Vergehen der Körperverletzung und drei Uebertretungen der Ruhestörung und des groben Unfugs. Schussverletzung am rechten Oberarm. Reflexpsychose, (Aufregungszustände von epileptoidem Charakter).

(Friedreich's Blätter u. s. w. 34. Jahrg. 2. Heft, März und April.)

J. E. verheirathet, Obsthändler aus B., 38 Jahre alt, ist erblich disponirt. Ein Grossonkel, ein Onkel und zwei Tanten väterlicherseits waren geisteskrank, die eine Tante ertränkte sich; auch zwei Brüder des E. sollen sich sehr excessiv benehmen, wenn sie etwas betrunken sind. E. selbst soll von jeher eigensinnig und jähzornig gewesen sein. In der Schlacht von Sedan erleidet E. eine schwere Schussfractur des rechten Oberarmes, welche sehr langsam heilt und einen im Schultergelenk steifen und daher fast gänzlich unbrauchbaren Arm zurückliess.

Bald nach dem Kriege zeigte E. eine auffallende Veränderung; er war zeitweise sehr aufgeregt und händelsüchtig, beging die tollsten Streiche und gerieth unaufhörlich mit den Behörden in Conflikt. Nachdem er vor 1870 nur 2 mal wegen Neujahrsschiessen und wegen groben Unfugs bestraft worden war, beging er seit 1872 25 Uebertretungen und 26 Vergehen. Die Uebertretungen bestanden 5 mal in Ruhestörung und 21 mal in grobem Unfug, die Vergehen umfassten 13 Fälle von Beleidigung, 3 Sachbeschädigungen, 2 Widerstand gegen die Staatsgewalt und je eine Beleidigung einer Behörde und Misshandlung. Sehr viele strafbare Handlungen gelangten nicht zur Anzeige. Hauptsächlich handelte es sich um groben Unfug und Beleidigungen von Privaten. Der Thatbestand war fast in allen Fällen derselbe. E. gerieth im Wirthshause, nachdem er etwas getrunken mit den Gästen in Streit und überschüttete sie dermassen mit Hohn- und Spottreden, dass dieselben den kürzeren zogen, griff auch die Executivbeamten auf's Heftigste an, setzte auch seine Schimpfereien auf der Strasse fort, wo er häufig groben Unfug verübte. Auch in seiner Wohnung lärmte E. häufig, misshandelte seine Frau und schlug das Mobilar zusammen. Seiner Verhaftung widersetzte er sich stets auf's Heftigste und wurde sehr gewaltthätig.

Aerztliche Gutachten konstatiren bei E. Anfälle von Tobsucht, besonders nach Genuss geistiger Getränke. Nach E's. Angabe treten dieselben schon nach 2—3 Glas Bier auf; manchmal, wenn ihm sein Arm unaufhörliche heftige Schmerzen macht, genügt schon ein Glas zur Erzeugung des Anfalles, doch bekam er ihn auch im nüchternen Zustande. Er entschuldigt sein Benehmen mit Trunkenheit, der Aufreizung und den neuralgischen Schmerzen in seinem verkrüppelten Arm infolge deren es ihm im Kopf durcheinander gehe. Von seinen dummen Streichen habe er keine Erinnerung. Die Zeugenaussagen sind uneins. Während ihn die Einen wegen der vielen Beschimpfungen und Verdächtigungen für sehr boshaft halten, muthmassen die Anderen Geisteskrankheit. Das Volk nannte ihn schon bald nach 70 „den narreten Sedaner", der Bürgermeister nannte ihn die Geissel von B. Erst nach 8jährigem Treiben wird vom Landgericht A. am 24. Juli 1880 die Exploration seines Geisteszustandes beschlossen und er zu diesem Behufe am 5. Oktober in die Anstalt aufgenommen.

Er ist klein, von schlaffer, vorgebeugter Haltung, der Blick finster, beim Sprechen wird die Stirnhaut stark gerunzelt. Zeitweise Zucken der Lippen-Muskulatur; die ausgestreckten Hände zittern. Der obere Theil des rechten Oberarms und die anstossende Schultergegend sind mit tief eingezogenen Narben bedeckt, die oft der Sitz mehr oder minder heftiger Schmerzen sind. Die heftigeren Schmerzen treten etwa alle 2—3 Wochen auf und gehen auch auf den Kopf über. Es werde ihm, wie schwindelig und er kenne sich nicht mehr recht aus.

Die heftigsten Schmerzen treten Nachts auf, auch hat er alsdann schreckhafte Gesichts- und Gehörshallucinationen. Dieser Zustand wird durch Aerger oder geringe Dosen Alkohol zu den erwähnten Anfällen gesteigert, nach denen nur partielle Erinnerung an die von ihm verübten Handlungen zurückbleibt. Während des sechswöchentlichen Aufenthalts in der Anstalt wurde nur einmal grosse Aufregung bei E. beobachtet.

Gutachten. E. ist erblich zu Geisteskrankheiten veranlagt. Den Ausbruch der Krankheit veranlasste eine schwere Verletzung des rechten Oberarms und Schultergelenks. Den organischen Zusammenhang zwischen Verletzung und Psychose beweist auch die Auslösung von

Anfällen durch gewisse von der Stelle der Verletzung zum Gehirn sich fortpflanzende Reize. E. hatte die Empfindung, als ob die vom Arme zum Kopfe gehenden Nerven anschwellten und es gab ihm Risse in den Kopf hinein u. s. w. Gegen Spirituosen bestand grosse Intolleranz. Die Anfälle traten daher sehr unregelmässig auf und dauerten zwischen einigen Stunden und mehreren Tagen. Sie boten förmlich das Bild einer akuten, in Paroxysmen sich abspielenden moral insanity dar. In den Intervallen war E. ruhig, klagte jedoch vielfach über Schmerzen in Kopf und Arm und Schlaflosigkeit. Seine Aussagen in den Verhören tragen den Charakter der sogenannten folie raisonnante. Der krankhafte Zustand des E. gehört demnach zu den epileptoiden und stimmt fast völlig mit gewissen psychopathischen Zuständen überein, die sich häufig bei der sogenannten traumatischen, oder Reflexepilepsie finden. Hierfür ist die Bewusstseinsstörung, das unregelmässige Erscheinen und die kurze Dauer der Anfälle, sowie das stereotype Verhalten E's. während der Dauer derselben charakteristisch, während die Anfälle der periodischen Manie eine längere Dauer und regelmässige Zwischenräume aufweisen. Die Intolleranz gegen Alcohol beweist eine hochgradige nervöse Erregbarkeit und eine der epileptischen analoge Veränderung im Gehirn. Die Unzurechnungsfähigkeit des E. geht aus der Bewusstseinsstörung, sowie aus der stereotypen Wiederholung derselben Handlungen, welche den organischen Zwang beweist, deutlich hervor. Der häufig schlagende Witz und sein Spott erklären sich aus der formalen Störung der psychischen Thätigkeit, die eine bedeutende Steigerung erfuhr und sind bei der maniakalischen Exaltation, namentlich bei der mit Zügen von moralischem Irresein gemischten, nicht selten. E. wurde freigesprochen.

Landsberg (Ostrowo).

III. Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 9. Juli 1883. (Originalbericht.)

392) Herr **Moeli** demonstrirte die nach Durchschneidung des Stabkranzes und der capsula interna eintretende *secundäre Degeneration* an nach der Weigert'schen Methode gefärbten Schnitten.

Das Fasernetz des Stabkranzes ist auf einem Bezirke von der Medianlinie bis zur Schnittstelle geschwunden, in feine Klümpchen verwandelt. Der Schwund betrifft die Längsfasern von Allem, während die Querfasern theilweise noch kenntlich sind.

393) Herr **Senator**: *Zur Diagnostik der Brückenerkrankung.*

Ein 41 jähriger, nicht syphilitischer Postbeamter war 2 Jahre vor der Aufnahme in das Augusta-Hospital von einem Schwindelanfalle ohne Bewusstseinsstörung befallen worden, der vorübergehend

Schwere im rechten Bein und Arm und Sensationen in der linken Gesichtshälfte zurückliess, und während dessen er Doppeltsehen bemerkte. 4 Wochen vor der Aufnahme trat ein zweiter, gleicher Anfall auf, dem häufige Ohnmachten und Doppeltsehen folgten. Bei der Aufnahme zeigt er: Aufgehobene Schmerzempfindlichkeit im Bereiche des zweiten linken Trigeminusastes in einer den eigenthümlichen Sensationen entsprechenden Ausdehnung. Unvermögen das rechte Auge beim Fixiren in der Nähe über die Mittellinie hinaus zu bringen und Herabsetzung der groben Kraft der rechten Ober- und Unterextremität. 8 Tage nach der Aufnahme folgte ein neuer Schwindelanfall mit fast völliger Lähmung der rechten Extremitäten und Tieferstehen des linken Mundwinkels. Die Zunge weicht herausgestreckt *nach rechts* ab. Sprache normal, Schlucken behindert, jedoch keine sichtbare Lähmung der Schlingmuskeln. Die Bewegung der Augen nach links über die Mittellinie hinaus und Convergenz ist unmöglich. Rechtes Kniephänomen erheblich stärker als linkes. Augenhintergrund normal, ebenso Geruch und Geschmack. Verschlechterung dieser Erscheinungen bis zur völligen rechtsseitigen Lähmung und linksseitigen Facialisparese bis zum Tode 18 Tage nach der Aufnahme. Die Sprache war schliesslich unverständlich geworden, die Augen waren constant nach rechts gewandt. Bei directer elektrischer Reizung der linken Gesichtshälfte erfolgte *rechts Bewegung*, nicht umgekehrt. Das Abweichen der Zunge nach rechts bei linksseitiger Facialisparese bestand fort.

Die Diagnose wurde auf Brückenerkrankung gestellt und der Herd zur Erklärung des Verhaltens der Zunge als über die Mittellinie hinausgehend angenommen. Die Section ergab einen Herd, der die Form eines Elipsoids hatte. Die Längsachse wich in der Art von der Längsachse des Pons ab, dass die vordere Spitze ventrikelwärts gelegen war: Die linke Hälfte des Bodens des 4. Ventrikels war bedeutend verschmälert, die ganze linke Seite des med. oblongata collabirt, das linke corp. restiforme gelb-grau gefärbt. Microscopisch fanden sich die solchen Herden zukommenden Körnchenzellen. Zerstört waren: Einzelne Fasern des Abducens, der mediale Theil des corp. rest., das motorische Feld Meynert's, die eminentia teres, Schleifenschicht, der mediale Theil der Olive, der Kern des Acusticus, Vagus, die aufsteigende Trigeminuswurzel, der Glossopharyngeus. Ob der Herd aus einer Blutung oder acuten Erweichung hervorging, ist zweifelhaft, für das Letztere spricht die Jugend des Pat., das Fehlen von Herzerkrankung und acuten Symptomen. Was die Erklärung anbetrifft, so sollen die genannten Zeichen nach Foville und Wernicke eine Affection des Abducenskernes annehmen lassen; dass sie auch bei Herden in der Nähe des Abducenskernes vorkommen, geht aus Fällen von Hunnius u. A. hervor. Hier reichte der Herd grade bis an den Kern heran. Für das Verhalten der Zunge fehlt eine plausible Erklärung. Nach Brown-Séquard soll Temperaturerniedrigung der dem Herde entgegengesetzten Körperhälfte diagnostisch werthvoll für Brückenerkrankung sein, nach Ansicht des Vortr. hängt dieselbe von

zu vielen anderen Factoren ab, um für die Diagnose verwerthet werden zu können. Ebensowenig ist die von Benedict den Ponsererkrankungen vindicirte Kreuzung der Reflexe diagnostisch wichtig.

An der Discussion betheiligten sich Herr Westphal und Herr Bernhardt.

394) Herr **Langreuter**: *Ueber Paraldehyd- und Acetalwirkung bei Geisteskranken.*

Die Versuche umfassen einen Zeitraum von 8 Monaten und wurden von Vortragendem und Referenten in der Dalldorfer Irrenanstalt angestellt. Es wurden im Ganzen 2300 Gr. Paraldehyd, 2700 Gr. Acetal verbraucht. Von den zahreichen Versuchen wurden 460 an 50 Geisteskranken aller Formen in Bezug auf Einschlafzeiten und Schlafdauer genau registrirt. Die Darreichungsform war folgende:

Rp. Paraldehyd. 25.
Ol. menth. pip. gtt. V.
Ol. Olivar. q. s. ad. volum. 50.

Von dieser Mixtur wurden als mittlere Dosis 12 Cbctm. = 6 Gr. Par. genommen. Durch das Olivenöl wird der widerlich brennende Geschmak des Mittels möglichst verdeckt. — Par. sowohl wie Acetal konnten Monate lang ohne Schaden gegeben werden. 4 Sectionen bestätigten das Intactsein der Verdauungsorgane. Am lästigsten war der Geschmak der Medicamente und der oft lange anhaltende Geruch. Das Paraldehyd hatte bei Abenddosen in 90%, bei Tagesdosen in 61% der Versuche Erfolg. Bedingung war möglichste Ruhe der Umgebung. Die Patienten schliefen ein nach 5—30 Minuten. Häufig erfogte kein Schlaf, aber Beruhigung aufgeregter Patienten. Dies war besonders bei epileptischen Angst- und Dämmerzuständen der Fall. Vorzüglich war auch die Wirkung bei erregten Paralytikern. Für die übrigen Formen von Geistesstörung, ferner bei nervöser Schlaflosigkeit war die Wirkung eine ziemlich gleichmässige. Im Allgemeinen reagirten Kranke mit Bewusstseinsstörungen correcter auf Paraldehyd. Unbenommene Kranke liessen sich leichter durch Geräusch der Umgebung vom Schlafe abhalten.

Das Acetal erweist sich nach den Erfahrungen des Vortragenden als unzuverlässiger wie das Paraldehyd. Auch waren die unangenehmen Nebenwirkungen hervortretender.

Vortragender empfiehlt schliesslich das Paral. zum Weitergebrauch, besonders in den Fällen wo Chloral contraindicirt oder wo es erfahrungsgemäss unwirksam sei. — Dagegen hält er das Acetal weiterer Versuche nicht werth.

In der Discussion bemerkt Herr Moelie, dass auch in der Charité das Acetal mit im Allgem. ungünstigen Erfolge angewendet sei, bessere Wirkung habe er durch Combination von Acetal mit Morphium gesehen. Matusch (Dalldorf).

II. New-York Neurol. Society.

Sitzung vom 5. Dez. 1882. (The journ. of neur. et psych. Nro. 1. 1883.)

395) **Spitzka** berichtet über eine von Dr. Rave ausgeführte Radicaloperation einer Encephalocele, die ungefähr die hintere Hälfte beider Hemisphären enthielt. Das Kind, das sich seinem Alter von 4 Monaten entsprechend entwickelt hatte, überlebte die „ultraheroische" Operation 11 Tage. Bei dieser Gelegenheit konnte sich die Discussion auch mit der Frage des mütterlichen Versehens beschäftigen. (Die Mutter hatte im 5. Schwangerschaftsmonat ihren Mann eine Ziege schlachten sehen und sich über das Herausquellen der Eingeweide entsetzt. Als ihr das Kind mit der Missbildung gezeigt wurde, erinnerte sie sich sofort an diesen Vorgang.) Spitzka möchte das „Versehen" für mehr als ein blosses Ammenmärchen halten, findet aber keinen Anhänger.

396) **Weber** spricht sodann über Fälle von *akuter Herzkrankheit bei Tabes.* Grasset nimmt einen ursächlichen Zusammenhang beider Affectionen an, Vortr. will sich auf die blosse Mittheilung eines Falles beschränken, in dem seiner Ansicht nach das Herzleiden secundär aufgetreten ist (Peri- und Endocarditis). Die kurze Discussion, an der sich Spitzka und Jacoby betheiligen, führt zu keiner Einigung in der Zusammenhangsfrage.

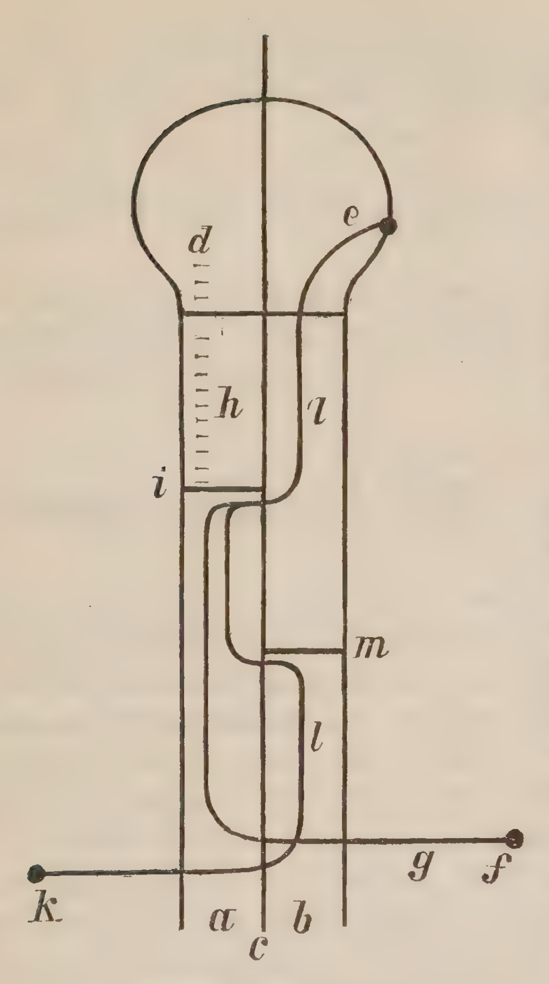
Sitzung vom 2. Januar 1883.

397) **L. Weber:** Fall von *Syphilom der rechten Arter. vertebr. mit Thrombose der Basilaris.* Die Infection hatte 12 Jahre vor Beginn der ersten Hirnsymptome stattgefunden. Letztere bestanden in Müdigkeitsgefühl, Uebelkeit, Schlafmangel, häufigem Kopfschmerz auf dem Scheitel, später Schwindel und ein constantes Geräusch in beiden Ohren, Parese der rechtss. Extremitäten und der rechten Hälfte der Zunge, Tod im apoplect. Anfall.

Wyeth berichtet im Anschluss an diesen Fall über eine ähnliche eigene Beobachtung bei einer 65 jähr. Patientin. Dieselbe war vor 20 J. syphilitisch gewesen, hatte vor 15 J. eine vollständige Hemiplegie der linken, sowie eine partielle der rechten Seite, vor 5 Jahren Sprachstörung ohne Betheiligung der Intelligenz. Tod ptötzlich: Endarteriitis basilaris mit Obliteration.

398) **W. A. Hammond**: Ueber *Allocheirie.*

Pat. hatte am 27. Febr. 1881 eine heftige Rückenmarkserschütterung erlitten. Novbr. 1882 wudre er von H. untersucht. Er klagte über Schmerzen längs der ganzen Wirbelsäule und excessive Reizbarkeit. Es bestand Steifheit der Beine und spastischer Gang, verstärktes Kniephänomen, Anästhesie des rechten Beins. Die Sensibilität des linken Beins war erhalten, doch bezog Pat. alle Eindrücke auf das rechte. H. nahm Sclerose der Vorderseitenstränge, resp. der Seitenstränge allein an mit Betheiligung der Hinterhörner der grauen Substanz und wahrscheinlich auch der Meningen. Seine Erklärung dieses bekanntlich von Obersteiner (cf. Centralbl. 1881. S. 103.) zuerst gewürdigten Phänomens ist folgende:



Nach Brow-Séquard und A. findet in der grauen Substanz der Medulla eine fast vollkommene Kreuzung der sensiblen Fasern statt.

a sei das linke, b das rechte Hinterhorn, c die graue Commissur, d die linke, e die rechte Hemisphäre. Eine von f, einem Punkte der rechten unteren Extremität ausgehende Empfindung würde ihren Weg unter normalen Bedingungen durch die Fasern g und h nach d nehmen. Ist aber bei i eine Läsion des l. Hinterhorns, so gelangt der Reiz auf dem Wege der Kreuzung zu dem rechten Hinterhorn und so zur rechten Hemisphäre: von der aus er nach k projicirt wird, als wäre er durch die Fasern e, l, angelangt.

Dies würde denjenigen Fällen von Allocheirie entsprechen, in denen z. B. alle Eindrücke, die auf der rechten Seite stattfinden, auf der linken gefühlt, die linksseitigen aber richtig localisirt wurden. Ist auf der rechten Seite auch eine Läsion symmetrisch mit i, vorhanden, so wird unterhalb i absolute Anästhesie herrschen. Ist aber die Läsion der rechten Seite tiefer — bei m — so würden Eindrücke von k aus, die durch l nach m gelangt sind, nach links abgelenkt und dort bei i entweder ganz aufgehalten werden (Anästhesie) oder wieder nach rechts übergehen und so die rechte Hemisphäre erweichen, um so unvollkommen nach k projicirt zu werden. Solche Läsionen erklären die Fälle, in denen auf einer Körperseite absolute Anästhesie herrscht, während auf der anderen Empfindungsvermögen für Eindrücke von beiden Seiten her besteht. Es geht auch, wie Obersteiner auch behauptet, daraus hervor, dass Anästhesie die Allocheirie nicht nothwendig zu begleiten braucht. Ferner findet die Thatsache, dass ein Schnitt durch eine laterale Hälfte des Rückenmarks nicht nur Anästhesie der unterhalb gelegenen entgegengesetzten Körperseite, sondern auch Hyperästhesie der gleichnamigen zur Folge hat, ihre Erklärung: Angenommen der Schnitt beträfe die rechte Seite, so bleiben die unterhalb desselben befindlichen Theile in ungestörter Verbindung mit ihrem linksseitigen corticalen Hirncentrum. Dasselbe bekommt aber ausserdem noch die Gefühlseindrücke der linken Seite.

Sitzung vom 6. Februar 1883.

Leo stellt 2 Pat. vor, die er wegen Epilepsie in Folge von Trauma mit Erfolg trepanirt hat. In dem einen Falle hatte die Ope-

ration vor 2 Jahren, in dem andern vor 3 Monaten stattgefunden.

S. M. Hammond führt einen von seinem Vater (W. A. H.) operirten Fall an, bei dem seit der Trepanation 5—6 Jahre ohne Anfall verflossen sind.

Leale kennt einen solchen mit einem bisher 1 Jahr langen Cessiren der Anfälle.

Morton hat dieselben in einem trepanirten Falle von traumatischer Epilepsie 2 Jahre ausbleiben sehen, worauf sie sich, wenn auch seltener, wieder einstellten! Kron (Berlin).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

399) Aus dem Grossherzogthum Hessen. Die 1879 verfügte regelmässige Einsendung der *gerichtsärztlichen Sectionsprotocolle* und Gutachten über Leichenöffnungen an die Ministerialabtheilung für öffentliche Gesundheitspflege hat die besten und beachtenswerthesten Erfolge gehabt und hiedurch den Gedanken angeregt, jener Behörde Gelegenheit zu bieten, auch von dem Inhalt solcher *ärztlichen Gutachten,* welche in *gerichtlichen Angelegenheiten über Geistes- und Gemüthszustände* abgegeben werden, Kenntniss zu nehmen. Demgemäss hat jetzt die Ministerialabtheilung für Justizwesen nicht nur jene frühere Vorschrift auf ärztliche Gutachten über Geistes- und Gemüthszustände in Strafsachen ausgedehnt, sondern auch die Gerichte angewiesen, von allen ärztlichen Gutachten über Geistes- und Gemüthszustände, welche in Civilsachen abgegeben werden, Abschrift an die Ministerialabtheilung einzusenden.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. d. Saale (Prov.-Irren-Anst.) II. Arzt, 3000 M., freie Fam.-Wohnung, Garten etc. 2) Merzig, Assistenzarzt, 1200 M. fr. St. 3) Dalldorf, Oberarzt, 6000 M. (einschliesslich der Emolumente). 4) Basel, Irrenklinik, Assistenzarzt, sofort. 5) Sachsenberg bei Schwerin, II. Assistenzarzt zu Ende September oder früher, Gehalt 1500 Mark und vollkommen freie Station I. Cl. Meldung an Hrn. Ober-Med.-Rath Dr. Tigges. Evangl. Confession erforderlich.

Ernannt: Owinsk, Director, Herr Dr. v. Karczewski aus Kowanowko.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten, für die eingesandten besten Dank abgestattet.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 15. August 1883. Nro. 16.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. L. Goldstein: Ein Fall von Tabes dorsalis mit Geistesstörung.

II. REFERATE. 400) R. Deutschmann: Zur Semidecussation im Chiasma nerv. optic. des Menschen. 401) M. Benedikt: Zur Lehre von der Localisation der Gehirnfunctionen. 402) E. M. Nelson: Case of syphilitic gumma of the brain. 403) Th. Leber: Ein Fall von Hydrocephalus mit neuritischer Sehnervenatrophie und continuirlichem Abträufeln wässriger Flüssigkeit aus der Nase. 404) R. Deutschmann: Grosshirnabscess mit doppelseitiger Stauungspapille, Meningitis basilaris und Perineuritis, sowie Neuritis interstitialis optica descendens. 405) Alexander: Doppelseitige Papillitis bei Gehirnabscess. 406) A. Eulenburg: Die hydroelectrische Bäder. 407) C. H. Hughes: The therapeutic value of cephalic & Spinal electrizations. 408) James G. Kiernan: Contributions to psychiatrie: Conium in acute mania. — Chloral Hydrate in the psychoses. 409) Wilh Fliess: Das Pyperidin als Anästheticum und die Beziehung desselben zu seinem Homologon Coniin. 410) M. J. Madigan: Insanity and Diabetes. 411) J. C. Shaw et S. N. Ferries: Conträre Sexualempfindung.

III. VEREINSBERICHTE. 412) Ernst Schwimmer: Ein Fall von Sclerodactylie mit Krankenvorstellung. 413) Ernst Jendrassik: Ein eigenthümlicher Fall von hysterischer Neurose. 414) Carl Lechner: Zur Localisation der Hallucinationen. 415) S. H. Schreiber: Ueber einen eigenthümlichen Fall von Epilepsie. 416) Ladislaus Polák: Ueber einen Fall von Bulbärparalyse. 417) Marcus Konrád: Ein Fall von Tetanus uteri.

IV. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 418) Aus Sachsen.

V. NEUESTE LITERATUR. VI. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Ein Fall von Tabes dorsalis mit Geistesstörung.

Von Dr. L. GOLDSTEIN in Aachen.

Wie sich aus der Arbeit Moeli's (Charité-Annalen VI. Jahrg.) ergiebt, sind der publicirten Fälle von Tabes mit Geistesstörung, abgesehen von der progressiven Paralyse, nicht sehr viele. Moeli zählt, nachdem er ausführlicher über 7 Fälle der Nervenabtheilung berichtet, aus der Literatur 15 auf und fügt ihnen noch einen eigenen Fall hinzu; ebenso Moebius in seiner Zusammenstellung in Schmidt's Jahrbücher Bd. 190. pag. 281. Die Seltenheit derartiger Beobachtungen möge daher die Skizzirung des folgenden Krankheitsfalles rechtfertigen.

besänftigen und vereint bewogen wir ihn, sein Quartier in der Stadt wieder aufzusuchen. Nachmittags that er in weinerlicher Stimmung Abbitte bei mir, dass er mich in solch' einem Verdacht gehabt, aber schon in derselben Nacht fuhr er mit einem Schrei aus dem Bette auf, schrie Räuber, rüttelte mit den Stühlen etc., wobei man fortwährend hörte: die Höllenmaschine, die Höllenmaschine! Als man mit Licht in sein Zimmer kam, beruhigte er sich allmälich, nachdem er anfänglich noch auf die Höllenmaschine, die ihm so weh gethan, auf die Umgebung, die ihn berauben wolle, geschimpft hatte. Er erklärte, er habe plötzlich die Wirkung der Electricität gespürt und dann sei der Angstzustand, wie am Tage, über ihn gekommen. Andern Morgens wieder die weinerliche Stimmung, die flehentliche Bitte ich möchte ihm verzeihen. Als dieser Zustand während mehrerer Tage und Nächte sich wiederholte, liess ich ihn in die hiesige Privatirrenanstalt der „Alexianer" bringen, von wo er wenige Tage darauf von einem Freunde nach London abgeholt wurde. Von diesem Freunde erfuhr ich, dass Pat. in London in sehr geordneten Verhältnissen lebe, dass sein Geschäft während seiner Abwesenheit gut besorgt sei und die Idee er ginge geschäftlich zurück, somit den Anfang seiner Wahnideen bildete. Nach einem Monate erhielt ich einen Brief jenes Freundes, welcher die Nachricht enthielt, dass der Kranke in einem Privatzimmer des „Deutschen Hospitals" untergebracht sei. Sein körperlicher Zustand sei derselbe, wie in Aachen, aber sein geistiger habe sich noch verschlimmert. „Er spricht nicht verwirrt, vergisst auch nichts, aber er behauptet mit grosser Schärfe, dass alles darauf hinarbeite, ihn zu Grunde zu richten. Auch die Idee, dass die Menschen ihn vergiften wollten und dass er der allgemeinen Verachtung anheimgegeben, taucht auf." 4 Monate blieb er im D. Hospitale, sollte dann zu seinen Verwandten nach Deutschland gebracht werden, war aber nicht zu bewegen, in Dover das Schiff zu besteigen. Er wurde dann in einer englischen Irrenanstalt während 6 Monate untergebracht, wo sich sein geistiger Zustand wesentlich besserte. Freilich glaubt er noch immer, dass man ihn sowohl in Aachen, wie in England in eine Anstalt gebracht mit der Absicht, ihn zu berauben. Sein körperlicher Zustand hat sich verschlimmert, er kann nicht mehr so gut gehen und fällt leicht um. Aus der Anstalt ist er auf sein Ansuchen entlassen worden. —

Ich habe dem Falle selbst nicht viel mehr hinzuzufügen. Eine Bestätigung der Moeli'schen Ansicht, dass psychische Alterationen vorzugsweise bei den Tabischen sich einstellen, bei welchen auch durch Störungen im Bereiche der Hirnnerven eine Ausbreitung des Krankheitsprocesses auf's Hirn zu Tage tritt, bildet *dieser* nicht, da von Seiten der Hirnnerven keinerlei Störungen beobachtet wurden. Das ophthalmoscopische Bild ist leider nicht aufgenommen, indess klagte Pat. nie über Sehstörung. Bemerkenswerth ist das Auftreten der Psychose, das gewissermassen unter unseren Augen vor sich ging und nach kurzem Bestehen der Tabes erfolgte. Dies spricht dafür, dass die lange Dauer, die Schmerzanfälle, die zunehmende Behinderung der Bewegung wohl schwerlich als günstige Bedingung für das Auf-

W. 46 Jahre alt, Clavierstimmer aus London, kam in meine Behandlung den 20. April 1882. Er gibt an, vor 12 Jahren einen Schanker gehabt zu haben, kann sich aber nicht mehr erinnern, ob demselbeu Ausschlag etc. gefolgt sei. Er weiss nur, dass er in jener Zeit im Halse geäzt worden ist. Vor 5 Jahren heftige Schmerzen auf der Brust, die ein Arzt für Einbildung, ein anderer für „nervös“ erklärte. In den letzten Jahren Zucken und Schmerzen in den Beinen, Kältegefühl und Ameisenkriechen in den Fusssohlen. Alle Erscheinungen verschlimmern sich im letzten Jahre, namentlich wurde das Gehen beschwerlicher, so dass Pat. seinem Berufe, der ihn grosse Wegstrecken zurückgehen hiess, nicht im vollen Umfange mehr nachkommen konnte. J. Althaus habe ihn für rückenmarkskrank gehalten und mehrere Male electrisirt. —

Patient, ein Deutscher von Geburt, ist ein ziemlich grosser, kräftiger Mann mit beginnendem Haarschwund und schlechten Zähnen. Zeichen von Lues, ausser gelinder Schwellung der Leistendrüsen beiderseits, nicht vorhanden; erbliche Belastung nicht nachzuweisen. Fehlen des Kniephänomens. Starkes Schwanken bei geschlossenen Augen. Gang in geringem Grade atactisch. Sensibilitätsabstumpfung der Füsse und Beine, namentlich der linken Seite. Geschlechtstrieb erloschen. Hat häufiger Nachts Pollutionen sine erectione. Grobe Kraft in Beinen ziemlich gut, in oberen Extremitäten sehr gut. Quälendes Gürtelgefühl. Irgendwelche geistige Alteration nicht bemerkbar, nur beklagte Pat. so lange Zeit seinem Geschäfte fern bleiben zu müssen, war aber voll Zuversicht, geheilt zu werden. Die Behandlung, bestehend in Bädern, Einreibungen mit ung. cin., Kal. jodat und constantem Strom, hatte anfänglich ein Besserwerden einzelner Erscheinungen zur Folge; wenigstens liessen die Zuckungen und Schmerzen in den Beinen nach und konnte Pat. besser gehen. Als jedoch dieser Zustand nach 4 Wochen derselbe blieb, ja das Gürtelgefühl stärker wurde und den Kranken sehr belästigte, fing er an, die Heilung seines Leidens zu bezweifeln und vielfach darüber nachzugrübeln, dass bei längerer Dauer der Behandlung sein Geschäft zu Grunde ginge. Die Schmierkur wurde nach 30 Einreibungen ausgesetzt und nur noch Jodkali und der const. Strom angewandt. Am 22. Mai liess mich der dirigirende Wundarzt des Luisenhospitals (Dr. Brandis) rufen, da ein Patient von mir unter absonderlichen Umständen nach dort gebracht sei. Ich fand unseren Kranken mit stark geröthetetem Gesicht, unstäten Blick und fliegendem Athem auf dem Sopha liegend. Auf Befragen erfuhr ich, dass plötzlich ihm die Idee gekommen, seine Hauswirthin und ich trachteten ihm nach dem Leben. Er habe sich in der Stadt die erste beste Droschke genommen, um abzureisen. Unterwegs aber sei er von einer plötzlichen Angst befallen, es sei ihm heiss zu Kopfe gestiegen und er habe geglaubt, er sei vergiftet. In dieser Angst habe er dem Kutscher zugerufen, ihn schnell statt zum Bahnhofe zu einem Arzte zu fahren. Der Kutscher fuhr ihn zur Wohnung von Dr. Brandis und da letzterer im Hospitale beschäftigt war, nach dort. Den Beruhigungsworten desselben gelang es, ihn zu

treten von Geistesstörung anzuzehen sind, wie auch Moeli hervorhebt. Die Schmerzen waren nicht bedeutend und im Ganzen ist doch dieser Tabesfall sicher zu den leichteren zu rechnen. Auch hier ging die psychische Störung zurück, oder blieb zum mindesten stationär, während die tabischen Symptome Fortschritte machten. Die Angabe Kirn's, dass die Qualität der psychischen Symptome sich nur aus den durch die Rückenmarkserkrankung bedingten Störungen der Motilität und Sensibilität erkläre, könnte vielleicht in unserem Falle eine Stütze finden, indem auch hier die excentrischen Schmerzen die Wahnidee, als würde Pat. electrisirt, erzeugten. Allein im Allgemeinen weist Moeli die Unhaltbarkeit dieser Hypothese, durch die Statistik nach und auch in unserem Falle trat diese Idee nur vereinzelt auf, während die zum Theil auf Hallucination beruhenden Verfolgungsideen das Charakteristische bildeten.

Unaufgeklärt bleibt, in wie weit die Lues, welche nicht sicher nachgewiesen werden konnte, an der beschriebenen Krankheit Schuld trägt. Fournier beobachtete 2 Mal maniakalische Zustände im Beginne der (syphilit.) Tabes. Selbstverständlich ist auch bei unserem Falle die Deutung, dass Psychose und Tabes unabhängig von einander einhergingen, wie in den meisten der anderen publicirten Fälle, nicht über allen Zweifel erhaben.

II. Referate.

400) **R. Deutschmann:** Zur Semidecussation im Chiasma nerv. optic. des Menschen. (v. Gräfe's Arch. f. Ophth. XXIX. 1. p. 323.)

Das Präparat stammt von einem Patienten, Insassen der Göttinger Provinz.-Irrenanstalt, der den rechten Bulbus vor 40 Jahren eingebüsst hatte, während das linke Auge intact war.

Der *rechte* Opticus mass am foramen optic. 3 und 1,5 Mm.
„ *linke* „ „ „ „ „ 5,5 „ 3 „
„ *rechte* Tractus mass dicht hinter dem Chiasma 4 und 2,75 Mm.
„ *linke* „ „ „ „ „ „ 3 „ 2,5 Mm.

Die mikroskopische Untersuchung ergab: *Einseitige* Opticusatrophie, Atrophie *beider* Tractus; die Optic.-Entartung war kurz vor dem Chiasma nicht mehr total; sie zeigte sich in beiden Tractus nur partiell und zwar im gekreuzten stärker als im gleichseitigen. Die Hauptatrophie sitzt im *rechten Nerv. opticus* nach *innen*, weiter nach *oben*, dann *oben aussen*, am wenigsten nach unten und unten aussen; die Hauptentartung findet sich im *linken Tractus* nach *innen*, dann ziemlich gleichmässig nach *oben* und *unten*; im *rechten* nach *oben* und *unten*, schliesslich nur noch nach *oben*. Nieden (Bochum).

401) **M. Benedikt** (Wien): Zur Lehre von der Localisation der Gehirnfunktionen. (Wiener Klinik, Mai, Juni 1883. V. u. VI. Heft.)

Bei der grossen Unklarheit, die heute auf diesem Gebiete herrscht, muthet es angenehm an, wenn ein Forscher und Denker, wie der

Verf., in nicht misszuverstehender Weise seine Ansichten über den von allen Seiten discutirten Gegenstand ausspricht. Neue Beobachtungen finden wir nicht in dem vorliegenden Werkchen, das nach einem Vortrage, an der allgemeinen Poliklinik in Wien gehalten, ausgearbeitet ist, aber wir finden originelle Gedanken, kritische Verwerthung des Vorhandenen und vor allem präcise Bestimmungen, nach denen sich der Kliniker richten soll bei Beschreibung und Einreihung seiner einschlägigen Fälle. Wir umgehen die Beschreibung der identischen Partieen der Grosshirnrinde der Primaten und der übrigen Säugethiere, die man an der Hand der im Originale vorhandenen Figuren studiren möge. Zu den wichtigen elementaren Thatsachen und Betrachtungen, die von den Experimentatoren und Klinikern bisheran nicht genügend gewürdigt worden, zählen nach des Verf.'s Ansicht die Kenntniss vom histologischen Bau der Hirnrinde und diejenige der einfachen psychologischen Vorgänge. Man muss bei der Beurtheilung einer Action nicht bloss das Vorstellungsleben, sondern auch das Gefühlsleben in Rechnung ziehen, was bis jetzt nur ausnahmsweise geschehen ist. „Jede Projection nach aussen ist eine höchst combinirte Gleichung von manigfachen Factoren, und wenn beim Ausbleiben oder bei Veränderung dieser Projection einseitig bloss die Veränderung des einen oder des anderen Factors angenommen wird, so wird der irrigen Schlussfolgerung Thür und Thor geöffnet.“ Ferner ist zu beachten, dass es unzweifelhaft Gehirnpartieen gibt, deren Erkrankung bleibende trophische Störungen in andern erzeugt; einen Typus dieses Verhältnisses ist die Papillitis und Neuroretinitis. Aehnlich scheinen dem Verf. die Erkrankungen der erregbaren Zone, wenn sie Pyramidendegeneration erzeugen, eine secundäre trophische Störung der subcorticalen Centren der willkürlichen Bewegung bedingen zu können. Man sieht daraus, wie die „Fernwirkungen“ bei Experimenten zu beurtheilen sind und wie nicht alle chronischen Ausfallserscheinungen auf die directen physiologischen Qualitäten der ausfallenden Gehirnpartieen zu beziehen sind. Man muss also nothwendig die secundären, trophischen Veränderungen in das Bereich der Untersuchung ziehen. Noch einige Punkte werden vom Verf. klar gestellt. Lähmung im Bell'schen Sinne, d. h. eine absolute Unfähigkeit, die betreffenden Muskel willkürlich in Contraction zu versetzen, erscheint durch keine Rindenläsion als Ausfallssymptom. Der erste eigentlich motorische Angriffspunkt liegt nicht in der Rinde, sondern in einem Theile des Streifenhügels. Aber manigfache Associationen, von denen aus die subcorticalen Erregungen für jeden Muskel ausgehen, haben ihren Sitz in der Rinde. Neben den Centren und Bahnen der willkürlichen Bewegung im Sinne Bell's existirt eine Summe von motorischen Systemen, welche harmonisirend und dynamisirend wirken und die „motor. Parallelsysteme“ genannt werden. Alle Krampfformen sind an Affection dieser „Systeme“ gebunden. Die Centren und Bahnen der willkürlichen Bewegungen im engeren Sinne sind also anatomisch verschieden von den Centren und Bahnen der Krampfformen. Die motor. Parallelsysteme sind zum Theil Hemmungssysteme, desshalb ist

3. Die Träger der einzelnen sachlichen Vorstellungen und Begriffe sind über einen grossen Flächenraum zerstreut.

4. Die Rinde ist die Trägerin der Intelligenz, d. i. der Eigenschaft, Wahrnehmungen zu Vorstellungen und Begriffen zu vereinigen und dieselben mit Anregungen zur Thätigkeit zu verbinden, daraus folgt, dass die Rinde auch der Sitz der Lust- und Unlustempfindungen, also des Gefühlslebens sei. So weit die Physiologie. Die Beurtheilung der klinischen Facten knüpft Verf. an die Werke von Exner und Nothnagel. Wir können hier im Allgemeinen auf frühere Referate in diesem Centralblatt verweisen. Exner's Resultate bestätigen die Angaben Munk's über die optische Bedeutung des Hinterhauptlappens, ferner die Angaben von Schiff, Goltz, Hitzig und Trippier, dass in der sogen. motor. Sphäre tactile Centren sind, und indirect, dass die Endigungen der tactilen Fasern über ein grosses Gebiet der Rinde verbreitet sind. Sie zeigen, dass die centralen Partieen des Gehirns, besonders die Centralwindungen inclus. der Lobul. paracentralis und ihre Umgebung vorwaltend nach hinten zu dem motor. Phänomen im engen Zusammenhang stehen. Aber ob Lähmungen im Sinne von Bell bei Rindenläsion eintreten, dafür sind die Aufstellungen nicht zu verwerthen. Abweichend von den bisherigen Aufstellungen der Kliniker wird der Connex der vorderen Centrallappen und der Paracentrallappen zu motor. Erscheinungen zwar bestätigt, aber die Aufstellung kleiner umschriebener Centren vorläufig als ungerechtfertigt hingestellt. Es ist hingegen die Behauptung von Brown-Sequard, dass von manigfaltigen Stellen der Hemisphären motor. Erscheinungen hervorgerufen werden können, klinisch richtig. Die Zusammenstellung von Nothnagel zeugt ebenfalls für die engen Beziehungen der Central-Partieen des Gehirns für Convulsionen, aber die Krankengeschichten beweisen nur klinisch, dass bei Läsionen der Centralwindungen Paralysen leicht auftreten, nicht, dass dies Ausfallserscheinungen seien. Nachdem Verf. schliesslich einen kurzen Rückblick gehalten, was seit Hitzig für die Diagnostik und Physiologie der Hirnrinde aus den klinischen Arbeiten gewonnen sei, dabei richtig gestellt hat, dass die sogen. Rinden-Epilepsie schon früher von ihm als symptomatische Epilepsie beschrieben sei, versucht er noch klar zu legen, wie die Träger neuer physiologischer Elemente und Fertigkeiten anatomisch eingefügt werden. Wenigstens nach einer Richtung hin. Wenn man die Association von Begriffen mit artikulirten Gehörs- und Gesichtsvorstellungen und ihre Verarbeitung zur gesprochenen Sprache betrachtet, so kann man sich nach dem Verf. die Sache so vorstellen, dass alle jene Träger der Wahrnehmungselemente, welche zum Begriffe führen, plus der Träger der artikulirten Gesichts- und Gehörsvorstellungen unter einander associirt sind, und dass diese Associationen direct auf die Artikulationsmuskeln übertragen werden. Zwischen dem Associationssystem des Begriffs- und der artikulirten Gesichts- und Gehörsvorstellung einerseits und dem subcorticalen motor. Centrum der Artikulationsmuskeln andererseits ist ein drittes Centrum eingeschaltet. Zur Vergleichung wird das von Fürstner und Rein-

Krampf nicht nothwendig ein Reizsymptom und desshalb können Krämpfe Jahre lang dauern ohne Lähmung durch Erschöpfung zu erzeugen.

Nach diesen wichtigen Vorbemerkungen geht Verf. an die Kritik der bis jetzt auf diesem Gebiete aufgestellten Behauptungen. Hitzig's Reiz- und Ausschälungsversuche, Ferrièr's Fehler der Nichtbeachtung der Ausfallserscheinungen, Duret's und Carville's Hypothese der Substitution und Restitution und Goltz's siegreiche Bekämpfung der letzteren werden besprochen. Auch Hitzig fehlte darin, dass er alle Anfallsphänomene auf den Wegfall der „erregbaren“ Elemente bezog. Die Sätze, die Verf. aus den Thatsachen ableitet lauten:

1. Die erregbare Zone enthält ein Centrum eines motorischen Parallelsystems, dessen centrale Reizung zunächst halbseitige Convulsionen erzeugt. Im klinischen Sinne ist also „erregbare Zone“ ein Convulsionscentrum (Albertoni).

2. Der Ausfall der Function der centripetalen Leitung dieses Centrums erzeugt Contractur.

3. Die genaue Definirung der physiologischen Function dieses Centrums und seiner centripetalen Bahn ist derzeit unmöglich. Wahrscheinlich dient es der Association von Bewegungen überhaupt und besonders zur Harmonisirung der Gelenkspannungen bei Gelenksbewegung als positive Influenz oder als Hemmungsinnervation. Betz'sche Riesenzellen sind höchst wahrscheinlich die Träger dieser Innervation. Als Axiom aber gilt der Satz, dass die Rinde kein motor. Centrum im Sinne Bell's enthalte. Bleiben Lähmungen beim Menschen zurück, so ist dies eine vorübergehende Hemmungs-Wirkung, oder eine Folge trophischer Affection der subcorticalen Centren. Die tiefen Ausschälungen von Goltz haben den Uebelstand, dass sie physiologisch mehr vernichten, als anatomisch zerstören, daher denn auch die Widersprüche in den Resultaten von Goltz und Munk, dessen Untersuchungen, namentlich über die Sehsphäre als klassisch bezeichnet werden. Berichtigt an den Erklärungen des letzten Autors wird dessen Aufstellung der „Seelenblindheit und Rindenblindheit“ und die Erläuterung Mauthner's (Gehirn und Auge) über diesen Punkt acceptirt.

M. wies nach, dass der Hund bei excentrischem Sehen seitliche Hindernisse zwar erkennt, aber auf direct vorgehaltene nicht achtet, dass er ferner sehr gut lernen kann, das undeutliche excentrische Bild der Peitsche z. B. wieder mit dem Peitschenknall und dem Peitschenhieb in Verbindung zu bringen, und dass das schlechte Gesichtsbild jetzt wieder den Hieb und Peitschenknall und somit den Gesammtbegriff der Peitsche reproducirt. Wahrnehmungs- und Vorstellungscentren lassen sich eben nicht trennen, wie Verf. hervorhebt. Neben den früheren Sätzen sind noch folgende aus den Thierexperimenten abzuleiten:

1. Die Gehirnrinde ist der Sitz der Wahrnehmungen und foglich auch der Vorstellungen. Erwiesen für die Sensibilität der Extremitäten für das Seh- und Hörvermögen.

2. Die Gehirnrinde enthält kein Centrum, dessen einfache Ausschälung Lähmung verursacht.

hard aufgestellte „Schaltorgan“ der activen und passiven Orientirung und Bewegung im Raume, welches vielleicht im Stirnlappen liegt, herangezogen. Die Aufdeckung solcher „Schaltorgane“ ist Aufgabe der Zukunft. Goldstein (Aachen).

---

402) **E. M. Nelson** (St. Louis): Case of syphilitic gumma of the brain. (The alien & neurol. Nro. 2. 1883.)

Die 30j. Pat. war 1878 inficirt worden. Im nächsten Jahre Hautaffectionen. 1881 monatelang dauernde Halsschmerzen, sodann Schwindel und äusserst heftiger rechtss. Kopfschmerz gewöhnlich neben dem Scheitel, mitunter auch bis zur Augenbraue ausstrahlend, vollkommene rechtss. Ptosis, Dilatation der rechten Pupille. Von den Augenmuskeln functionirte nur der rect. ext. und der olbiqu. inf. etwas, die übrigen sind total gelähmt. Unter einer antiluetischen Behandlung (3 mal tägl. 0,3 Kal. jodat mit 0,6 Kal. brom. darauf: 0,06 Sublimat und 15,0 Kal. jodat in 90,0 Wasser, 4 mal tägl. 1 Theelöffel, eine Woche später dieselbe Vorschrift mit Verdoppelung der Joddosis) merkliche Besserung. Der Kopfschmerz ist nach 3 Wochen geschwunden, die übrigen Symptome folgten schnell. Am längsten hielt die Ptosis an, zeigte dann aber auch Besserung. Es bestand nach 4monatlicher Behandlung noch ein gewisser Grad derselben. Auch die Augenmuskeln waren mit Ausnahme des rect. ext., der seine ganze Functionsfähigkeit wieder gewonnen hatte, noch nicht sufficient (strabismus diverg. mit Diplopie). Ein zu dieser Zeit geborenes Kind starb zwar nach einigen Wochen an Inanition, zeigte aber keine luetische Erscheinungen. Nach einem Jahre bestand noch leichte Ptosis und ein gewisser Grad von Parese der Augenmuskeln, und hin und wieder etwas Kopfschmerz. Kron (Berlin).

---

403) Prof. **Th. Leber:** Ein Fall von Hydrocephalus mit neuritischer Sehnervenatrophie und continuirlichem Abträufeln wässriger Flüssigkeit aus der Nase. (v. Gräfe's Arch. f. Ophth. XXIX. 1. p. 273.)

Ein ca. 20 jähriges Mädchen soll von Geburt an hydrocephalisch gewesen sein, und blieb in ihrer körperlichen Entwicklung zurück, während geistig keine Defecte zu bemerken waren. Bruder und Vater ebenfalls hydrocephalisch. Im 15. Lebensjahre trat allmälig hochgradige Sehstörung ein, und litt Pat. seitdem häufig an Schwindelanfällen resp. epileptischen Attaquen, denen sich in letzter Zeit Kopfschmerz zugesellte. Ophthalmoskopisch fand sich beiderseits papillitische Sehnervenatrophie, hochgradige Abnahme des Sehvermögens wird constatirt. Horizontaler Kopfumfang 62,5 Ctm., Zähne grösstentheils cariös. Dieser Befund blieb ca. 5 Jahre hindurch gleicherweise bestehen, dann trat plötzlich bei der Kranken eine continuirliche tropfenweise Entleerung wässriger Flüssigkeit aus der Nase ein, die mit Schnupfen durchaus keinen Zusammenhang hatte. Der Schwindel und Kopfschmerz hatte sich seitdem fast ganz verloren, die epileptiformen Anfälle traten ca. alle Vierteljahr ein. Die Sehnervenatrophie

hatte inzwischen noch zugenommen, das rechte Auge war gänzlich amaurotisch geworden. Die Intelligenz ist intact, es bestehen keine weiteren motorischen und sensiblen Störungen. Dagegen ist das Geruchsvermögen vollkommen aufgehoben. Sobald die Kranke den Kopf vorn überbeugt, entleert sich sofort tropfenweise und zwar stets nur aus dem linken Nasenloche eine klare wässrige Flüssigkeit, nicht indess bei rückwärts gelegtem Kopf und während des Schlafes, doch ist Morgens der Ausfluss beträchtlicher als Nachmittags. An der Nase selbst ist nichts Abnormes, auch im Rachen nur geringe Tonsillen-Vergrösserung. Die Menge der abgesonderten Flüssigkeit beträgt pro 24 Stunden ca. $^1/_2$ Liter, schwankt indess in einer Stunde zwischen 5—22 Cubctm. Die Flüssigkeit ist klar, geruchlos, schwach salzig schmeckend, mit einigen Lymphkörperchen durchsetzt, von schwach alcalischer Reaction, ohne Eiweiss und scheinbar minimalem Zuckergehalt. Das Träufeln besteht, mit zeitweiligen Unterbrechungen von 1—4 wöchentlicher Dauer, bis jetzt noch weiter fort, die Krampfanfälle sind selten, kommen ab und zu auch wenn die Absonderung im Gange ist. Kopfschmerz und Schwindel haben ganz aufgehört.

Verf. vergleicht die bisher mitgetheilten 5 Fälle, (Elliotson, J. Paget, Baxter, E. Nettleship und Priestley Smith) die alle fast gleiche Symptome darboten und von denen 2 zur Section gelangten, allerdings ohne viel Licht über die Genese des Processes zu verbreiten. Ueberall war continuirlicher wässriger Ausfluss aus der Nase, in Verbindung mit Jahre lang anhaltenden, schweren Hirnerscheinungen und mit hochgradiger Amblyopie und Erblindung beider Augen durch Papillitis oder Atrophia optica vorhanden. Neu ist hier die Anosmie. Letztere ist durch den allgemein gesteigerten Hirndruck zu erklären. Auch die Untersuchung der Absonderung, die chemisch und mikroskopisch nicht als ein wässriges Secret einer nur einigermassen normalen Schleimhaut angesprochen werden kann, lässt dieselbe nur als abfliessende Cerebrospinalflüssigkeit betrachten. Der Austritt derselben aus den Hirnhöhlen wird vielleicht durch porencephalischen Defect der Hirnsubstanz mit Oeffnung eines der Ventrikel nach aussen stattgehabt haben, während sich durch Druckschwund ein kleiner Defect in der knöchernen Schädelbasis gebildet hatte, der den Austritt in die Nasenhöhle vermittelte. Nieden (Bochum).

---

404) **R. Deutschmann:** Grosshirnabscess mit doppelseitiger Stauungspapille, Meningitis basilaris und Perineuritis, sowie Neuritis interstitialis optica descendens. (v. Gräfe's Arch. f. Ophth. XXIX. 1. p. 292.)

Der Befund doppeltseitiger Papillitis bei Hirnabscess gehört noch zu den grossen Seltenheiten. Es handelt sich hier um einen $9^1/_2$ jährigen Knaben, der angeblich nach einem leichten Stoss gegen den Kopf unter heftigen Cerebralerscheinungen ohne Fieber erkrankte, denen sich bald Krämpfe zugesellten. Nach einem solchen Anfalle trat Doppeltsehn auf, welches durch eine Lähmung des linken Abducens bedingt war. Der Augenspiegel ergab jetzt ausgeprägte Stauungspapille beiderseits, das Sehvermögen sank auf $^1/_5$ des Normalen. Zeiten

grössern Wohlbefindens wechselten jetzt mit solchen starken Auftreten's der Hirnerscheinungen; die geistigen Functionen stumpften ab. Die Diagnose lautete, grade der Neuroretinitis halber, auf Tumor cerebri. Die Convulsionen traten jetzt häufiger auf und bald starb der Knabe in Krämpfen.

Die Section ergab: 2 etwa taubeneigrosse, nicht mit einander communicirende Abscesse mit dickem grünlichen Eiter gefüllt, die die Gegend des linken vorderen Stirnlappens, Corp. striatum, und einen Theil des Thalamus optic. einnahmen. Die Wandungen der Abcesse waren knorpelhart. Beide Tractus, besonders links, bandartig abgeplattet. Sehnervenscheiden beiderseits am bulbären Ende ampullenartig erweitert. Eitrige Basilarmeningitis. Kein Ventrikelhydrops vorhanden. Genaue mikroskopische Beschreibung der Abcessrinde, der hinteren Bulbushälfte und der Sehnerven folgt.

Nieden (Bochum).

---

405) **Alexander** (Aachen): Doppelseitige Papillitis bei Gehirnabscess. (D. Med. Wochenschr. Nro. 23, 1883.)

Der 19 j. Pat. hatte Februar 1882 einen acuten Gelenkrheumatismus ohne Herzerscheinungen überstanden und war danach völlig wohl geblieben. Im Dez. traten zugleich mit Erbrechen heftige Kopfschmerzen auf, die dem Kranken zeitweilig die Nachtruhe raubten. Im Februar d. J. wurde derselbe mürrisch und träge und Ende desselben Monats erlitt er einen mit vollkommener Bewusstlosigkeit verbundenen Anfall. Zu derselben Zeit wurde zum ersten Male Schielen des linken Auges bemerkt. Dieses Symptom verschwand wieder und an seine Stelle trat eine allmälig immer mehr zunehmende Sehschwäche. Am 17. März wurde beiderseits ausgeprägte Stauungspapille, weite reactionslose Pupillen bei ungestörter Bewegung beider Bulbi constatirt. Dabei sehr heftige Kopfschmerzen, kein Erbrechen, T. 37, 2. Die Diagnose wird auf Tumor cerebri gestellt. Therapie: Setaceum in den Nacken, Jodkalium, Eisblase in Rücksicht auf die begleitenden encephalo-meningitischen Erscheinungen. In den nächsten 14 Tagen Besserung des Sehvermögens, Aufhören der Kopfschmerzen. Dieselben beginnen aber in der Nacht vom 2. zum 3. April wieder weit stärker als sonst. Der Kranke sitzt mit nach vorn überhängendem Kopf im Bett, das Sensorium ist hochgradig benommen, die Sprache lallend, der linke Abducens gelähmt, Puls auffallend verlangsamt und unregelmässig (48—54) Temp. 37,5. In den nächsten Tagen Verminderung der Druckerscheinungen. Dieselben treten aber wieder auf und halten bis zum Exit. leth. am 10. April an. Temp. in den letzten Tagen 38,5.

Section: Bei der Herausnahme des Gehirns fliesst ein dicker, grünlicher Eiter ab, welcher die graue Substanz des rechten Stirnlappens an der Convexität durchbrochen. Der Eiter stammt aus einer ca. 6 Cm. langen, 4 cm. breiten und tiefen Abscesshöhle im Centrum des rechten Stirnlappens. Hirnventrikel erweitert und mit Serum gefüllt. Chiasma und beide Sehnerven ödematös.

Herz vergrössert, besonders die linke Hälfte. Linke Ventrikel hypertrophirt. An der Mitralis zahlreiche knopfförmige Excrescenzen. Verf. deutet den Hirnbefund danach als ausgegangen von einem embolischen Erweichungsherd. Kron (Berlin).

---

406) **A. Eulenburg:** Die hydroelectrischen Bäder. (Wien und Leipzig 1883. 8⁰. 102 Seiten.

Seine Untersuchungen über die Wirkungsweise elektrischer Bäder und deren passende Einrichtung hat der Verf. in einer ziemlich umfangreichen Monographie veröffentlicht, um auf diesem Gebiete den therapeutischen Bestrebungen den rechten Weg anzuweisen und zu verhüten, dass „nicht von oben herab gebaut d. h. nicht mit der Therapie angefangen, noch weniger natürlich therapeutische Reclame getrieben“ werde. Nach einer historischen Uebersicht erörtert er die allgemeinen Verhältnisse der Stromstärke, Stromvertheilung und Stromdichtigkeit im hydroelektrischen (opp. elektrostatischen) Bade. Er bestimmte zunächst „den Leitungswiderstand der Badeflüssigkeit“ dadurch, dass er bei Metallwannen den nicht mit der Wanne verbundenen Pol in das Badewasser hielt oder bei Holzwannen beide Pole ins Wasser hielt, und fand natürlich, dass der durchschnittl. Widerstand der betr. Flüssigkeitsschicht viel geringer ist als der des menschlichen Körpers. Daraus ergiebt sich, dass bei bipolaren Bädern d. h. solchen, wo beide Pole ins Wasser tauchen, sehr viel stärkere Ströme angewandt werden müssen, um dem menschl. Körper die nöthige Elektricitätsmenge zuzuführen, als bei monopolaren Bädern, d. h. solchen, wo ein Pol ins Wasser taucht und der andere an den Körper des Badenden angelegt wird. Da der Verf. offenbar für einen weiten Leserkreis schreibt, erörtert er auch anscheinend selbstverständliche Dinge sorgfältig. Er erwähnt schliesslich, dass besonders bei Verwendung von Metallwannen Polarisationsströme entstehen und dass im galvanischen Bade allmälig der Körperwiderstand steigt. Mit Recht bezeichnet er als einzig vernünftige Ansicht, in dem elektrischen Bade eine möglichst vollkommene Methode allgemeiner Elektrisation zu sehen, und verwirft die Bestrebungen, durch das Bad eine elektrische Lokaltherapie herzustellen. Er bevorzugt im Allgemeinen die monopolare Badeform, wenn er auch für das faradische Bad die bipolare Form als anwendbar bezeichnet. Das monopolare galvan. Bad ist Kathodenbad, wenn die Ka im Wasser ist, die An, wie es gewöhnlich geschieht, von den Händen des Badenden als Querstange gefasst wird. Entsprechend heisst die eingetauchte Electrode die Hauptelectrode, die *am* Körper anliegende Nebenelektrode. Bei seinen Badversuchen fand Verf. folgendes. Im faradischen Bad tritt bei einer bestimmten, ziemlich niedrigen Stromstärke in den eingetauchten Körpertheilen ein Gefühl von Prickeln auf. Die Pulsfrequenz wurde in ihm um ca. 8—12 Schläge in der Min. vermindert, Respiration und Temperatur änderten sich nicht, die faradocutane Sensibilität war nach dem Bade etwas geringer als vorher, eine Veränderung, die unabhängig von der des Leitungswiderstandes war. Der Ortssinn dagegen war nach dem Bade gesteigert.

Im galv. Bade traten bei einer gewissen Stromstärke (ca. 6 Milliw.) Kriebeln, Jucken, Brennen ein, bald da bald dort deutlicher ausgesprochen, im Allgemeinen am deutlichsten da, wo die wirkliche oder eine virtuelle Ka sich befand. Bei grösserer Stromstärke traten natürlich auch an den den Polen nächsten Theilen Zuckungen nach Stromschwankungen auf. Oeffnungszuckungen waren schwer oder gar nicht zu erzielen. Die faradocutane Sensibilität nahm im Kathodenbad etwas ab, im Anodenbad dagegen zu, während der Ortssinn nach beiden Formen an den eingetauchten Theilen stets erhöht war. Die Pulsfrequenz wurde im galv. Bade noch mehr als im farad. herabgesetzt, bis um 20 Schläge. Die Respiration wurde nicht verändert oder nur weniger vermindert. Die Temperatur (unter der Zunge gemessen) sank etwas (um 0,1—0,7°). Controlversuche zeigten, dass dem indifferent-warmen einfachen Vollbade analoge Wirkungen nicht zukommen. Dagegen wirken hautreizende Bäder ähnlich wie elektrische. Merkwürdigerweise war die Erregbarkeit der motorischen Nerven und Muskeln an den eingetauchten Theilen nach dem Bade etwas herabgesetzt. Eine Erklärung dieser Veränderung fand sich bisher nicht. Alle diese Dinge sind durch Beispiele, Tabellen, Curven sehr eingehend und anschaulich dargestellt. Verf. unternahm auch eine Reihe von Badeversuchen an Fröschen und Kaninchen, welche die an Menschen erhaltenen Resultate bestätigten, wesentlich Neues nicht lehrten.

In therapeutischer Hinsicht betrachtet Verf. das elektrische Bad als eine besonders bequeme günstige und zweckmässige, vielleicht die zweckmässigste Methode der allgemeinen Elektrisation mit denselben Indicationen, wie sie für diese überhaupt gelten. Das el. Bad ist demnach indicirt bei den allgemeinen Schwächezuständen des Nervensystems, bei Neurasthenie, Nervosismus, Hypochondrie, Hysterie etc., in 2. Linie auch bei anderen allgemeinen Neurosen, als allgemeine Neuralgie, Chorea, Epilepsie, Athetose, Tremor, Paralysis agitans, Morbus Basedowii etc. Eventuell wird das elektrische Bad, weil es die elektrocut. Sensibilität als faradisches und Kathodenbad herabsetzt als antineuralgisches und antiparalgisches Mittel zu verwenden sein, umgekehrt das die ekletrocut. Sensibilität steigernde Anodenbad als Mitel gegen Anästhesien. Da ferner die motorische Erregbarkeit im galv. Bade herabgesetzt wird, kann daselbe als antispasmodisches Mittel gelten. Da endlich die Wirkung auf Herz- und Lungenthätigkeit bei den elektr. indifferent-warmen Bädern der Wirkung der durch Wärmeentziehung oder chemischen Reiz hautreizenden Bäder analog ist, werden die Indicationen für diese auch für jene bis zu einem gewissen Umfange gelten.

Von eigenen therapeutischen Erfahrungen erwähnt Verf. nur einen Fall von Paralysis agitans. Die 52jährige Patientin hatte alle möglichen Mittel umsonst gebraucht. Das galvanische Bad bewirkte einen längere Zeit anhaltenden Nachlass des überaus heftigen Schüttelkrampfes und ruhigen Schlaf.

Es folgt eine Uebersicht der bisherigen Literatur. Anhangsweise erwähnt Verf. die Bestrebungen, im elektr Bade giftige Metalle aus dem Organismus auszuscheiden, oder gelöste Substanzen in den Körper

einzuführen. Er selbst hat 2 bez. Versuche gemacht. Weder gelang es bei einem mit Hg. behandelten Kranken in dem Badewasser etc. Hg. nachzuweisen, noch wurde in den Excreten eines Mannes, dessen electr. Bade Eisenvitriollösung zugesetzt worden war, Eisen gefunden.

Schliesslich giebt Verf. Anweisungen zur Einrichtung elektr. Bäder. Nöthigenfalls genüge jede beliebige Badewanne und jeder beliebige Inductionsapparat oder constante Apparat. Bei Matallwannen muss der Körper des Badenden auf einem Gurtenbette oder dgl. ruhen, ev. auf einem Holzschemel sitzen, die Füsse auf einem solchen stehen. Der eine Pol wird mit der Wanne verbunden oder als möglichst grosse Plattenelektrode in die Flüssigkeit eingesenkt. Der 2. Pol stellt zweckmässig einen mit feuchtem Leinen umwickelten Metallstab dar, den der Badende mit den Händen fasst und der mittelst hölzerner Ansätze quer auf der Wanne ruht. Wannen aus Holz oder Kacheln sind im Allgemeinen vorzuziehen. Der Körper muss möglichst tief eintauchen. Die Temperatur des Wassers sei 35—38^0 C., die Badedauer kann zwischen 15 und 60 Min. variiren. Die Stromstärke betrage durchschnittl. 5—7 Milliw.. Beim farad. Bad werde ungefähr die Mitte zwischen Empfindungs- und Schmerzminimum erreicht. Beim bipolaren Bade müssen natürlich kräftige Stromquellen angewandt werden, auch ist hier der primäre Inductionsstrom dem secundären vorzuziehen. Wegen des Genaueren muss auf das Original verwiesen werden. Zwei Tafeln zeigen die leicht verständliche Einrichtung eines Badeapparates und eines Badehauses für elektr. Bäder.

Möbius (Leipzig).

---

407) **C. H. Hughes** (St. Louis): The therapeutic value of cephalic & spinal electrizations. (The alien. & neur. Nro. 1. 1883.)

Verf. hat den constanten Strom bei allen ausgeprägten Fällen von Hyperämie des Centralnervensystems angewendet. Seine Erfolge scheinen ihm die experimentellen Angaben Löwenfeld's: absteigende Ströme bewirken Contraction, aufsteigende (vom Nacken zur Stirne) Dilatation der Gefässe, zu bestätigen. Verschiedene mitgetheilte Fälle die auf Hirnhyperämie bezogen werden, sind durch den absteigenden Strom geheilt oder wenigstens erheblich gebessert worden. Der erste Fall betrifft einen jungen Mann mit Schlaflosigkeit, Vergesslichkeit, krankhafter Furcht u. s. w., der zweite einen melancholischen mit Selbstmordtrieb. In dem dritten Falle (33 j. Frau) bestand neben Gehörs- und Gesichtshallucinationen völlige Amaurose, die sich unter dem abst. Str. zurückbildete. Derselbe Erfolg wurde in einem 4. Falle erzielt, in dem ausser anderen Erscheinungen Protrusion eines Auges mit Blindheit vorhanden war. Ausser der Electricität war in fast allen Fällen Anwendung von Bromiden, oder von Gelsemium, auch einmal von Jodquecksilber u. s. w. gemacht worden. Verf. ist der Meinung, dass der constante absteigende Strom in erster Linie das reizbare Nervengewebe beruhigt und somit erst *secundär* auf die dilatirten Gefässe wirkt.

Kron (Berlin).

---

408) **James G. Kiernan** (Chicago): Contributions to psychiatry: Conium in acute mania. — Chloral Hydrate in the psychoses.

(The journ. of nerv. and mental disease Nro. 2. 1883.)

1. Ein kräftiger Mann mit acuter Manie erhält zunächst 1,4 Extract. Conii. Nach 20 Minuten Abnahme der Erregtheit. Eine Stunde später dieselbe Dosis. Pat. ist nach einer $^1/_2$ Stunde unfähig zu gehen, sieht noch erregt aus, zeigt aber keinen Bewegungsdrang. Als nach 5 Stunden die Erregtheit wieder beginnt: 3,2 Gramm, wonach grössere Ruhe als Wochenlang vorher unter Chloral, Hyoscyamin und Morphium, nur zeigt sich keine direct hypnotische Wirkung. Die Behandlung mit Conium wird 6 Wochen lang fortgesetzt, die Ernährung bessert sich, Pat. wird geheilt entlassen.

2. Fall von acuter Manie mit Grössenideen und Gehörshallucinationen. Sofort 1,2 Extr. Conii. Eine Stunde lang Ruhe. Wiederholung derselben Dosis, worauf für noch kürzere Zeit Ruhe. Die Verdoppelung der Dosis bewirkt eine solche für 6 Stunden. Nach der nächsten Dosis (2,0) Ruhe in der Nacht aber kein Schlaf. Während des nächsten Tages 4,0 in 4 Dosen getheilt, 3 stündlich, wobei sich Pat. verhältnissmässig ruhig zeigt. In der Nacht

Extr. Conii
Extr. Hyoscyami ana 0,9
Chloral hydr. 1,2
Aqu. dest. 8,0
S. auf einmal zu nehmen.

Unter dieser Behandlung guter Schlaf. Dieselbe wird 2 Monate fortgesetzt, worauf Genesung.

Verf. zieht aus diesen und analogen Fällen folgende Schlüsse:

1) Conium ist von merklicher Wirkung bei akuter Manie.

2 Es wirkt direkt auf die motorischen Centren und setzt

3) dadurch die motorische Erregtheit und damit auch die Schlaflosigkeit herab und bringt so indirect auch die Wahnideen zum Schwinden.

4) Es hat keine direct hypnotische Bedeutung, unterstützt aber andere solche Mittel.

5) Die Dosis kann viel höher als gewöhnlich sein, (bei uns pro dosi 0,18! pro die 0,6!)

6) Die gefahrdrohende Erschöpfung in Folge der excessiven motorischen Erregung wird abgewandt.

7) Das Alcaloid Coniin ist vorzuziehen, weil es hypodermatisch angewandt werden kann und die Nebenwirkung des Conicin fortfällt.

Die Bemerkungen des Verf's über Chloral beziehen sich auf die Nebenwirkungen desselben: In 11 Fällen von acuter Manie und 3 von Melanch. agit. bewirkten 5,35 Gramm, allmählig auf 8,0 gesteigert, Hyperämie der Conjunctiva, weit dilatirte, ungleichmässige Pupillen, Lichtscheu, Roseola im Gesicht und am Halse. In 6 Fällen von Hebephrenie mit episodischen Erregungszuständen hatte dieselbe Dosis Conjunctivitis, Oedem des Gesichts und Halses, constante Kälte der Ex-

tremitäten zur Folge. In 4 Fällen von Paralyse, in denen täglich 5 Gramm gereicht wurden, trat verstärkte Erregtheit, Congestion des Gesichts, Contraction der Pupillen, Dyspnoë und Roesola auf, in weiteren 26 (2 Gramm täglich allmählig auf 7,0 steigend) Conjunctivitis, Diplopie, Gesichtsödem, kalte Extremitäten, Desquamation der Haut und Ulcerationen um die Nägel etc. Alle diese Erscheinungen, die Verf. mit Wahrscheinlichkeit auf die Einwirkung des Chlorals auf das vasomot. Centrum bezieht, verschwanden oder verminderten sich nach dem Aussetzen des Mittels. Kron (Berlin).

---

409) **Wilh. Fliess:** Das Piperidin als Anästheticum und die Beziehung desselben zu seinem Homologon Coniin. (Arch. f. Psych. 1883. 2. u. 3. H.)

Piperidin und Coniin sind Nervengifte und wirken lähmend; nur lähmt ersteres wesentlich die sensible, Coniin (dem Curare ähnlich) die motorische Sphäre. Piperidin lähmt, bei Fröschen subcutan injicirt nur die peripheren Endigungen sensibler Nerven, das Coniin ebenfalls zunächst nur die peripheren Enden der motorischen Nerven, doch bewirkt letzteres auch eine Erregung des cerebralen Hemmungsapparates. An Warmblütern treten die besprochenen Wirkungen nicht in dieser Weise ein. Obersteiner (Wien).

---

410) **M. J. Madigan** (Brooklyn N. Y.): Insanity and Diabetes. (The Journ. of nerv. & mental. disease Nro. 2. 1883.)

Verf. hat mehrere Fälle von geistiger Störung mit alternirenden psychischen und diabetischen Symptomen beobachtet. Der eine (Maniacus) hatte zur Zeit der Excitation keinen Zucker im Urin. Mit der Beruhigung wurden Spuren davon bemerkt, die mit der Reconvalescenz zunahmen. Als Pat. im nächsten Jahre wieder einen Anfall seiner Manie bekam, war während der ganzen Periode der psychischen Störung wieder kein Zucker im Urin zu finden. Derselbe zeigte sich erst wie früher, in der Reconvalescenz. Pat. starb nach längerer Zeit an Diabetes und Phthysis.

In einem zweiten Falle, der auch mit Tuberculose endigte, war Zucker immer nur in den ruhigen Pausen zwischen Anfällen epileptischen Irreseins vorhanden.

Ein dritter Fall betraf einen Kranken mit circulärer Geistesstörung, der in der freien und der melancholischen Periode, nicht aber in der maniakalischen, Melliturie zeigte. Kron (Berlin).

---

411) **J. C. Shaw** et **S. N. Ferris** (Brooklyn. N. Y.): Perverted sexual instinct. (Conträre Sexualempfindung.) (The journ. of nerv. & ment. disease. Nro. 2. 1883.)

Eine kurze Schilderung bisher veröffentlichter Fälle unter Hinzufügung einer eigenen Beobachtung. Es handelt sich um einen 35 j. intelligenten wohlgebauten Mann, angeblich ohne hereditäre Belastung. Derselbe hat stets die Sehnsucht, Männer zu umarmen. Er kann sich beherrschen, lebt aber in der beständigen Furcht, dass ihn

sein Gefühl einmal überwältigen könnte. In der Gesellschaft von Männern, auch bei der Untersuchung, hat er Erectionen. Er bejammert seinen Zustand und wünscht sehnlichst davon befreit zu werden.

Kron (Berlin).

III. Vereinsberichte.

I. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 14. April 1883. (Originalbericht.)

412) **Ernst Schwimmer** (Budapest): *Ein Fall von Sclerodactylie mit Krankenvorstellung.*

Vortragender stellte eine Frau vor mit Sclerema an den Fingern beider Hände. Die Haut der Finger ist verdünnt stellenweise atrophisch, bläulich rosa, kühl und empfindlich; Pat. klagt über Schmerzen und kann die Finger nicht strecken. Das Leiden weisst auf Ernährungsstörung hin und ist als *trophoneurotisch* aufzufassen; es ist partiell, eine besonders schöne Form der Sclerodactylie. In naher Verwandtschaft dazu stehen die *Erythromelalgie* und das *Panaritium nervosum*, interessante neue Krankheitsformen, welche erst in den letzten Jahren eingehender studirt wurden. Die sogenannte *locale Asphyxie* und *symmetrische Gangrän* dürfen mit den partiellen Erscheinungen des Sclerems nicht verwechselt werden.

Ladilaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

Sitzung vom 5. Mai 1883. (Originalbericht).

413) **Ernst Jendrassik** (Budapest): *Ein eigenthümlicher Fall von hysterischer Neurose.*

Das vorgestellte 20j. Mädchen litt vor einigen Jahren an Aphonie, dann im Jahre 1882 an Lähmung der unteren Extremitäten, welche auf der Wagner'schen Klinik als *hysterische Lähmung* erkannt und elektrisch behandelt wurde. Nach mehrmonatlichem Bestande gingen die Lähmungs-Erscheinungen zurück, doch wurde von nun an die eigenthümliche Erscheinung beobachtet, dass an den oberen und unteren Extremitäten, sowie auch theilweise am Gesichte und am Stamm *bei der leisesten Berührung der Haut in den angrenzenden Muskeln klonische Krämpfe auftraten.* Die Krämpfe sind nicht schmerzhaft und können wohl durch andere wenn immer, nie aber durch die Kranke selbst ausgelöst werden. *Vortragender hat in der Literatur keinen ähnlichen Fall gefunden.* Bloss Hitzig erwähnt derartige Krämpfe, die aber allein auf die oberen Extremitäten sich beschränkten.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

Sitzung vom 19. Mai 1883. (Originalbericht.)

) **Carl Lechner** (Budapest): *Zur Localisation der Hallucinationen.*

Vortragender meint durch ein rein psychologisch-experimentelles Verfahren die noch keineswegs endgiltig gelöste Localisationsfrage der Hallucinationen in ein neues Licht stellen zu können. Er versuchte nämlich die sowohl allen Hallucinationen als auch den Sinneswahr-

nehmungen eigenen Merkmale zu fixiren, ihre Herkunft auszuforschen, und auf jene specifische Eigenschaft zu studiren, mittelst welcher sie, einmal ins Bewusstsein getreten, den Sinneswahrnehmungen den Stempel der Objectivitität aufzudrücken geeignet sich erweisen.

Zu diesen Kennzeichen der Objectivirung gehören nach L. nicht allein die miterregten Nebenvorstellungen und die reproductiv erweckten Erinnerungsbilder, welche den Vorstellungs-Complex ergänzen helfen, sondern auch jene Gefühls-Raumvorstellungen die *Vorstellungen über die Abhängigkeit des bewussten Wahrnehmens vom Object,* welche in Form von vasomotorischen, motorischen und visceralen Auffassungen den Vorstellungs-Complex der Sinneswahrnehmung färbend begleiten. Nur wenn die Gesammtsumme aller dieser Vorstellungen, associirt, gleichzeitig ins Bewusstsein tritt, besitzt die Wahrnehmung alle jene Charakterzeichen, die die wahre Erkenntniss der realen Objectivität des Sinnesreizes richtig beurtheilen lassen. Ohne diese ist die Wahrnehmung objectlos, eine subjective Vorstellung, eine blosse Erinnerung, ein Gebilde der Phantasie.

L. suchte sich demzufolge im Erwecken möglichst intensiver Reproductions-Vorstellungen gehörig einzuüben, und prüfte dann die so erhaltenen Vorstellungsreihen auf die Gegenwart der erwähnten Kennzeichen. Dabei fand er alle Zeichen der normalen Sinneswahrnehmung mehr oder minder ausgeprägt, ganz oder dürftig entwickelt, theils an den Erinnerungsbildern, theils an den Phantasievorstellungen. *Zwei Merkmale jedoch fehlten stets, und zwar die Nebenvorstellungen motorischer und visceraler Natur:* nämlich die Vorstellungen der Ortsbeziehungen, der Projection im Raume und der Function im Bereiche der thätigen Sinneswerkzeuge.

Diese Merkmale konnten nie reproducirt werden, zum Beweis, dass sie nicht als Resultat rein corticaler Functionen aufzufassen sind, somit keinen apperceptiven Vorgang zur Basis haben, vielmehr immer nur subcorticalen Ursprungs sind und mittelst einfacher Perceptionsvorgänge ins Leben gerufen werden.

Seiner Veraussetzung entspreche übrigens auch das Thierexperiment, welches immer zeigt, dass die ihrer Hemisphären beraubten Thiere eben solche Sinneswahrnehmungen besitzen, wie früher, nur jetzt ohne Bewusstsein, sondern unbewusst den Sinneseindrücken sich anpassend und zweckmässiges Verhalten zeigend.

Dieses zweckmässige Gebahren, ein derartiges Reagiren auf den Sinnes-Eindruck ist aber nur so begreiflich, wenn die Perception des Aussenreizes, *mit Ausschluss der Apperception* diejenigen Merkmale in sich birgt, durch welche gleichzeitig die objective Realität der Reizursache percipirt werden muss.

Liegen aber in der Perception die untrüglichen Kennzeichen der Objectivität bereits vor, so müssen jene zwei Merkmale, die der Wahrnehmung den Stempel der Objectivität vor allem aufdrücken, nämlich die motorischen und visceralen Empfindungen im Acte der Perception schon enthalten sein.

Daraus folgert nun L., dass 1) der Sinneswahrnehmung immer

fällt wieder um und rollt sich dann 3–4 mal in horizontaler Richtung um die Rückgratsachse und zwar von links nach rechts.

Nach Bromkalium und Atropin sistirten wohl die Anfälle, aber das Befinden verschlimmerte sich, und sie erdultete lieber ihre Anfälle wobei sie in der intervallären Zeit sich doch wohl fühlte. Später wurden die Anfälle an den Schlaf gebunden, sie kamen nur in der Nacht, oder wenn Pat. sich bei Tag niederlegte.

Zweimal reiste die Kranke zufällig von Hause ab, einmal auf 10 Tage, das anderemal auf 6 Wochen, und ihre Anfälle blieben immer aus. In der ersten Nacht ihres Nachhausekommens traten sie wieder ein. (?!)

Vortragender fand bei der Untersuchung links Hemianästhesie mittleren Grades, l. obere Extremität, rechte Gesichtshälfte leicht paretisch, Erinnerungs- und Denkvermögen haben trotz 12 jährigen Bestandes nicht gelitten.

Als Ursache nimmt Vortr. die Schwangerschaft an; den Fall für ein *Unicum* in der Casuistik der *Reflexepilepsie.* Er citirt analoge Fälle von Berger (Drehbewegungen) und Semola (Rollbewegungen) von denen dieser jedoch in vielen Punkten abweicht. Vortr. meint, dass der auslösende Reiz sowohl vom Uterus als auch von den die Schwangerschaft begleitenden *Osteophyt-Bildungen der inneren Schädelfläche,* als auch von beiden entstehen könne.

Für Betheiligung von Osteophytbildung spräche aber der Umstand, *dass die Drehbewegungen möglicherweise durch stärkere Osteophytanhäufung entsprechend der Medulla oblong. oder eines mittleren Klein- oder eines Grosshirn-Schenkels bedingt sein dürften.* Das Fehlen des geistigen Verfalls erklärten Sch. mit Berger damit, dass die Epilepsie im späteren Alter erworben wurde.

Diskussion: Andreas Takács zweifelt an der Richtigkeit der Diagnose, den geschilderten Status epilept. hält er für Hirnapoplexie, welche die l. Hemianästhesie, monoplegia sinistra und r. facialisparese bewirkte.

Carl Laufenauer meint, dass jede Epilepsie eine im Gehirne localisirte Erkrankung sei. Die Schwangerschaft ist bloss Gelegenheitsursache. Das beobachtete rasche Abnehmen der geistigen Functionen nach Einnahme von grösseren Dosen Bromkalium hält er für toxische Erscheinungen.

Schreiber erwidert, dass nach Hemiplegien ernstere Symptome zürückbleiben müssten; jede $1/2$ Stunde wiederholen sich dabei keine Anfälle. Ephemere, hysterische Erscheinungen können sich vermengt haben, jedoch waren alle Attaquen rein epileptisch, und keiner haftete eine hysterische Episode an. Die Drehbewegungen sind mit den von Takács angeführten schichtenden, ordnenden und räumenden Handbewegungen nicht identisch, und nicht zu vergleichen.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

die auf die Objectivität bezüglichen Charaktere schon durch subcorticale Functionen beigegeben sind; 2) dass *die Hallucinationen, welche den normalen Sinneswahrnehmungen gleichwerthige Bewusstseinsvorgänge sind,* bei ihrem Entstehen, neben der Störung im Bereiche der Corticalthätigkeit auch noch eine abnorme Function in den subcorticalen Centren des Gehirns voraussetzen lassen.

Dies führt zur Annahme einer zweifachen Localisation, wobei weder der corticale noch der subcorticale Antheil derselben gänzlich intact bleiben kann, ohne zugleich sehr wichtige Merkmale des objectiven Reizursprunges von der hallucinatorischen Wahrnehmung vollkommen abzuschneiden.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

Sitzung vom 2. Juni 1883. (Originalbericht.)

415) **S. H. Schreiber** (Budapest): *Ueber einen eigenthümlichen Fall von Epilepsie.*

Vortragender theilt einen merkwürdigen Fall mit, den er als *Epilepsia rotatoria* bezeichnet. Eine 46 jähr. Frau bekam im 7. Monate ihrer Schwangerschaft einen Schwindelanfall und eine 4 malige Drehung des Körpers in stehender Richtung um die senkrechte Achse von rechts nach links. Das Drehen geschah sehr rasch, sie taumelte dabei nicht, fiel nicht um. Nach einigen Secunden führte sie sich wieder wohl. Die Anfälle jedoch wiederholten sich 1—2 mal täglich bis zu Ende der Schwangerschaft.

Im 5. Monate der 10. Schwangerschaft dieselben Anfälle. 1—2 mal täglich Schwindel, 3—4 maliges rasches Drehen des Körpers wie früher, immer bei Tag; sitzend wurde Patientin immer in die senkrechte Richtung aufgeschleudert. Dauer wieder bis zu Ende der Schwangerschaft; nach deren Ablauf blieben sie aus.

Im 6. Monate ihrer 11. Schwangerschaft, 5 Jahre nach der I. Attaque starker epilept. Anfall mit vertigo, Rotation des Körpers dann folgten aber doch ton. Krämpfe, zum ersten Male Bewusstlosigkeit, tiefer Sopor aus dem sie nach 3 Tagen erwachte und unterdessen fort im Status epilepticus verharrte. Jetzt wurden die Anfälle permanent, kamen Tag und Nacht, hörten nach der Schwangerschaft nicht auf. Nebst den frühern leichten Anfällen hatte sie während 24 Stunden jetzt unter 20 Insulten je einmal eine schwere Attaque. Im Kopfe Brausen, im Ohre Tönen (nach Angabe der Kranken wie Tschung—g—g—g). Nach Aufhören der clon. Krämpfe ein momentaner Starrkrampf im ganzen Körper — Orthotonus — dann allsogleich ein gänzliches Erschlaffen sämmtlicher Körpertheile (Resolution), tiefer Sopor waren die Haupterscheinungen.

Mitunter hatte sie blosse Abortivanfälle (Vertige epileptique) mit dem Gefühle als ob sie nach vorne falle, oder mit der Erschütterung beider oberer Extremitäten. Bei Anfällen in der Nacht wird sie aus ihrem Schlafe in die sitzende Stellung aufgeschnellt, wird schwindelig,

II. Aerztlicher Verein des Biharer Comitates (Ungarn).

Sitzung vom 1. November 1882. (Originalbericht.)

416) **Ladislaus Polák** (Gross-Wardein Ungarn): *Ueber einen Fall von Bulbärparalgse.*

Der vorgestellte Pat. ein 63 j. Bauer war früher immer gesund. Vor 3 Wochen wurde er ohne vorhergegangene Symptome von Schlingbeschwerden und Sprachstörungen überrascht, die sich bis zur vollständigen Aphasie und Unvermögen zum Schlingen steigerten, und seither nicht sistirten. Die Intelligenz des Pat. ist intact, keine Spur irgend einer Hirn- oder Rückenmarks-Erkrankung, auch sind die peripheren Nerven nicht verändert, bloss eine Lähmung der Zungen-, Kehlkopf- und Schlundmuskeln ist zugegen. Es besteht demnach das seltene — acute — Bild der Nervenkern-Paralyse in seiner ganzen Reinheit. Nach dem Vortragenden wäre die Ursache in Atheromatose der Gefässe zu suchen, die im verlängerten Marke zu Gefäss-Thrombose und Blutextravasat führte. Die Therapie bestand in Jod, Jodinunctionen am Nacken und Galvanisation durch den Hals und Kopf. Die Ernährung geschieht auf dem Wege künstlicher Fütterung. Konrád.

Sitzung vom 1. März 1883. (Originalbericht.)

417) **Marcus Konrád** (Gross-Wardein Ungarn): *Ein Fall von Tetanus uteri.*

Bei einer 17 jährigen Primipara stellten sich bei der Aufnahme in's Gebärhaus Wehen und kleinere Zuckungen in den Extremitäten ein. Temp. 39,8. Pat. halb bewusstlos. Nach erfolgter Eröffnung der Hüllen schritt die Geburt doch nicht vorwärts, bloss krampfhafte Contractionen des Muttermundes stellten sich ein. Nachdem sich Morphin und Chloralhydrat als wirkungslos erwiesen, machte Konrád gegen den Tetanus uteri am Cervix leichte Incisionen, dann nach 11 stündigem Zuwarten neuerlichere grössere, worauf Wehen eintraten und eine Frühgeburt eingeleitet wurde. Nach 3 Tagen erkrankte Pat. an Blattern, die das sonst auch ungünstige Wochenbett bedeutend verschlimmerten. Delirien, hochgradige Convulsionen stellten sich rapid ein; nach 3 Tagen erfolgte der Tod.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

418) Aus Sachsen. Am 1. August d. J. ist der Geh. Medicinalrath Dr. Lessing von der Direction des *Sonnenstein* zurückgetreten und hat sie seinem langjährigen Mitarbeiter, Herrn Dr. Weber übergeben.

Lessing's Rücktritt ist ein grosser Verlust sowohl für die Anstalt, der er so lange vorgestanden, als auch für die allgemeine Irrenfürsorge des Königsreichs Sachsen. Er ist es gewesen, der hier die ausschliessliche Autorität des dirigenden Arztes auch in der rein administrativen Sphäre der Anstaltsleitung trotz vieler schwer zu bewältigender Widerstände zu voller Anerkennung gebracht

und zur Thatsache gemacht hat. Er hat das nicht erreicht durch theoretische Auseinandersetzungen und Vorstellungen, sondern durch das Gewicht seiner Persönlichkeit, die wie selten eine zum dirigiren geschaffen war, die eine ungemeine Energie und Thatkraft mit practischem Sinn und Geschäftsgewandtheit verband und in sehr kluger und tactvoller Weise die massgebenden Stellen für sich und seine Anschauungen zu gewinnen wusste. Gegen alle theoretischen Schulmeinungen, gegen alle Schlagworte und sogenannte reformatorischen Ideen, gegen alles deductive und generalisirende Vorgehen hatte L. eine ausgeprägte Antipathie; seinem durchaus selbständigen, eigenartigen Wesen wurde es sehr schwer sich eine fremde Idee eigen zu machen, nach fremden Muster zu arbeiten; als ein ausgesprochener Repräsentant des „gesunden Menschenverstandes“ ging er, darin manchmal an Bismark erinnernd, immer und überall von den einfachsten, trivialsten thatsächlichen Verhältnissen, von der Kinder- und Gesindestube aus, um von ihnen schrittweise zu umfassenderen Massnahmen bezügl. der Irrenpflege zu gelangen. Und wenn er auf diesem Wege vielleicht Manches nicht erreicht hat, was auf andere Weise namentlich in der äusseren Ausstattung des Anstalstwesens hätte erreicht werden können, so hat er doch Alles, was er geleistet, ganz aus sich selbst heraus, sich so zu sagen auf den Leib geschaffen, so dass man es sich *mit ihm* gar nicht anders hätte vorstellen können. So hat er z. B. schon in den ersten Zeiten seines Wirkens, wo man anderwärts kaum daran dachte, als passionirter Landwirth in relativ sehr umfassendem Masse aber ohne allen Apparat und ohne alles Aufsehen in der administrativ unverfänglichsten Form die landwirthschaftliche Arbeit cultivirt und dem grössten Theil seiner Kranken damit Jahr aus Jahr ein zweckmässigste Beschäftigung geboten, während er fortgesetzt ein entschiedener Gegner der modernen Colonie-Bestrebungen und Einrichtungen geblieben ist. Unermüdlich blieb er bis zum letzten Tage in der Ueberwachung der Pflege der Kranken bis in die speciellsten Details hinein und es entging ihm sicher nie ein schlecht gemachtes Bett, ein unsauber gehaltener Nagel, eine zu klein bemessene Speiseportion; es verging kein Tag, an dem er nicht irgend eine Verbesserung in der Existenz der Kranken plante und ausführte, aber er war ebenso ein Gegner alles Luxus wie alles complicirten künstlichen Apparates der Irrenpflege, alles Ungewöhnlichen und Raffinirten, und sein Bestreben war, in der Einrichtung der Anstalt möglichst die gewohnte häusliche Existenz der Verpflegten zu reproduciren. Aber wenn er den geringsten Details der Pflege seine Aufmerksamkeit schenkte, so war sein Blick darum nicht minder auf die grossen Fragen der Psychiatrie gerichtet und sein eifriges Streben, die Bedeutung und Stellung derselben im Lande zu heben. Abgesehen davon, dass er als Mitglied des Landesmedicinalcollegiums zumeist die einschlägigen Fragen bearbeitete, dass kaum etwas in der Organisation

den. — Lessing war, von vorübergehendem Unwohlsein abgesehen, bis zu dem Tage seines Abgangs rüstig, gesund und schaffensfreudig und man darf sagen, dass er trotz seines hohen Alters vorzeitig abgegangen ist und es ihm sehr schwer werden wird, sich an die Muse des Privatlebens zu gewöhnen. E.

V. Neueste Literatur.

93. Eulenburg, Die hydroclectrischen Bäder, Wien. gr. 8°. 102 S. mit Abbild.
94. Bendikt, Zur Lehre von der Lokalisation der Gehirnfunctionen. Wien, gr. 8° 159 Seiten. (Wiener Klinik. 5, 6.)
95. Bra, Manuel des maladies mentales. 282 pag. fr. 4. Paris.
96. Dörr, Ueber die eigenartige Form der paralytischen Geistesstörung bei Alkoholikern. Diss. inaug. Bonn 1883. 47. pag.
97. Eyselein, Tisch für Nervenkranke. Karlsbad, Feller. 4 M.

Thèses de Paris.

98. Pinard, De la pseudo-fièvre hystérique.
99. Militchevitch, Considérations sur les troubles trophiques des ongles dans quelques maladies des centres nerveux.
100. Delanef, Essai sur l'étiologie de l'épilepsie tardive.
101. Gautier de Beauvallon, Essai sur les hallucinations.
102. Laulaigne, Contribution à l'étude de l'anencéphalie.
103. Bouicli, Des anomalies et des formes frustes de la sclérose en plaques disséminées.
104. Raullet, Essai sur la migraine ophthalmique.
105. Guillemin, Essai sur la valeur des signes de la guérison chez les aliénés.
106. Respaut, Du délire epileptique.
107. Mancotel, Polyurie consécutive aux traumatismes du crâne.
108. Leblond, Etude physiologique et therapeutique de la caféine.
109. Capelle, Contribution à l'étude de l'intoxication saturnine.
110. Burel, Etude sur l'étiologie et la pathogénie du béribéri.
111. Lassèque, Des cardiopathies réflexes d'origine brachiale.
112. Lagarrigue, Contribution á l'étude de l'influence du moral sur le physique.
113. Saissinel, De quelques accidents de l'emploi de la morphine.
114. Trilhe, Contribution à l'étude de la périencéphalité diffuse et de son traitement.
115. Hamon, De la paralysie pseudo-hypertrophique.
116. Fontagny, De la forme méningitique de la fièvre typhoide chez les enfants.
117. Philipp, Contribution à l'étude du beriberi chez les Annamites.
118. Roux, Des nouvelles acquisitions sur la rage.
119. Vince, Etude sur la maladie d'Addisson.
120. Simon, Des paralysies, névralgies, troubles trophiques et vasomoteurs survenant sous l'inflouence de l'intoxication par le gaz oxyde de carbone.
121. Manchon, De la syphilis cérébrale précoce.
122. Espanet, Du pronostic des paralyses diphtéritiques.

des Irrenwesens in Sachsen ohne seinen Beirath und Mitwirkung geschehen ist (so z. B. erfolgte noch neuerdings die Errichtung einer Irrenstation beim Zuchthaus Waldheim zumeist auf seinen Betrieb), verweise ich namentlich auf sein stetes Drängen nach einer klinischen Anstalt in Leipzig, deren ursprüngliches Programm er bearbeitet hat, und wenn es so lange gedauert hat, bevor dieselbe und zwar in anderer, minder umfassenden Gestalt in's Leben gerufen worden ist, so lag nicht an ihm die Schuld, und es war seine stete Klage, dass ungünstige äussere und innere Umstände die Ausführung seines Projects in den 60ger Jahren vereitelt hatten. — Ganz und gar ging er auf in seinem Beruf, er kannte kaum ein anderes Interesse und hatte nie gezögert, selbst sein Familienleben in den Dienst der Irrenpflege zu stellen, auf geselligen Verkehr verzichtete er fast ganz und nur ganz ausnahmsweise und durch Gesundheitsrücksichten gezwungen verliess er die Anstalt einmal mit kurzem Urlaub, nachdem er vorher bis in die Einzelheiten hinein den Weg der Geschäfte vorgezeichnet hatte.

Von dem Lebensgang Lessing's, soweit es seine irrenärztl. Thätigkeit anlangt, ist folgendes zu sagen: Geboren 1811 ist L., nachdem er bis dahin klin. Assistent des Prof. Clarus in Leipzig gewesen war, am 1. Mai 1838 als Hilfsarzt vom Ministerium auf den Sonnenstein berufen worden. Da der damalige alternde Director Pienitz in der Stadt wohnte, eine Privatanstalt leitete und thatsächlich nur wenig um die Anstalt sich kümmerte, hat er sehr bald ziemlich selbständig die Leitung der Anstalt in die Hand bekommen und als er am 1. Februar 1851 zum Director der Anstalt ernannt wurde, war darin fast nur die formelle Sanction einer schon längst geübten Wirksamkeit zu sehen. Im Jahr 1855 erhielt L. den ehrenvollen Ruf Seitens der hannöverschen Regierung, unter sehr vortheilhaften Bedingungen die Direction der Anstalt zu Hildesheim zu übernehmen. Als warmer sächs. Patriot lehnte er indess diesen Ruf ab und blieb dem vaterländischen Dienst treu. Neben dem Hofrathstitel und einer Verbesserung seiner pekuniären Situation (die indess hinter der angebotenen Hildesheim'schen weit zurückblieb) brachte ihm dieser Ruf der Behörde gegenüber die erforderliche Autorität, um im Jahr 1856 an die Umgestaltung des alten Sonnenstein gehen zu können, die er denn, freilich langsam und unter manchen Hindernissen soweit hat fördern können, dass wenigstens die Frauenabtheilungen und die neuere Annexe der Männerabtheilung allen Anforderungen rationeller Heilgflege entsprechen. Aeussere Anerkennung von der Regierung ist ihm in nicht gewöhnlichem Mass zu Theil geworden, 1865 wurde er zum Mitglied des neuerrichteten Landes-Med.-Collegiums berufen, 1870 wurde er zum Geh. Med.-Rath ernannt und nachdem er schon früher Comthur des Albrechtsordens geworden, ist er bei seinem Abzug mit dem Comthurkreuz des Verdienstordens dekorirt wor-

123. Comte-Laganterie, Contr. á l'étiologie de l'insuffisance des muscles droits internes et externes des yeux.
124. Franceschi, Du pemphiqus chez les hystériques.
125. de Chateaubourg, Sur l'albuminurie physiologique.
126. Ganthier, De la demence précoce chez les jeunes aliénés héréditaires.
127. Deligny, Contr. á l'étude des ostéophytes de la dure mère dans la pacchyméningite.
128. Benoit (Mlle.), Paralysie spinale infantile.
129. Vivien, Essai sur les tumeurs de la vôute de crâne constituées par du liquide céphalo-rachidien.
130. Grégoire, De la paralysie faciale chez les diabetiques.
131. Ders., Considerations sur quelques points de la paralysie génerale.
132. Albespy, De lésions de l'orifice mitral chez les ataxiques.
133. Caix, Eclampsie puerpérale précoce.
134. Jubineau, Etude sur le tabes dorsal spasmodique. — Sclerose primitive des faisceaux latéreaux.
135. Clament, Du Suicide dans quelques formes d'aliénation mentale.

Thèses de Montpellier.

136. Bonnetblanc, Contribution à l'étude du mal vertébral de Pott.
137. Mireur, Des accès pernicieux à forme cérébro-spinale.
138. Brousse, De l'ataxie héréditaire. (Maladie de Friedreich.)
139. Sarda, Contribution à l'étude des temperatures périphériques.
140. Négresco, Contribution à l'étude de la paralysie générale d'origine syphilitique.
141. Ruffiandi, Contribution à l'étude de la névralgie faciale.
142. Bonnaud, De la mimique chez les fous.
143. Matthieu, Contribution à l'étude des fièvres intermittentes pernicieuses cérébro-spinales.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. d. Saale (Prov.-Irren-Anst.) II. Arzt, 3000 M., freie Fam.-Wohnung, Garten etc. 2) Merzig, Assistenzarzt, 1200 M. fr. St. 3) Dalldorf, Oberarzt, 6000 M. (einschliesslich der Emolumente). 4) Basel, Irrenklinik, Assistenzarzt, sofort. 5) Sachsenberg bei Schwerin, II. Assistenzarzt zu Ende September oder früher, Gehalt 1500 Mark und vollkommen freie Station I. Cl. Meldung an Hrn. Ober-Med.-Rath Dr. Tigges. Evangl. Confession erforderlich. 6) Görlitz, (Privat-Irrenanstalt von Dr. Kahlbaum) Assistenzarzt.

Ernannt. Dr. Weber auf dem *Sonnenstein* zum Director daselbst unter Beförderung zum *Medicinalrath* und Ernennung zum Mitglied des Landes-Medicinal-Collegiums. — Dr. Tuczek in Marburg zum II. Arzt und stellvertr. Director.

Todesfall. Director Dr. Brutzer in Riga.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten, für die eingesandten bester Dank abgestattet.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 1. September 1883. Nro. 17.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Zur Lehre von den Coordinationsstörungen im Kindesalter. Ein casuistischer Beitrag vom Herausgeber.

II. REFERATE 419) S. Danillo: Die arteriellen Furchen an der Innenseite des Schädels. 420) J. Orchansky: Ueber elektrische Erregbarkeit des Gehirns durch Anämie. 421) Mierzejewski und Erlicki: Ueber einen Fall von Sclerosis lateralis amyotrophica. 422) M. Benedikt: Ein Fall von Ataxie spasmodique. 423) Karl Dehio: Fehlschlucken in Folge einer Lähmung des l. nerv. laryngeus recurrens. 424) J. G. Kiernan: Psychische Wirkung der Nervendehnung. 425) S. Danillo: Reflexometer für die Sehnenreflexe. 426) Ad. Zederbaum: Nervendehnung und Nervendruck. 427) Dujardin-Beaumetz: Therapie der Krankheiten des Nervensystems. 428) G. Amadei: Die Schädel Epileptischer. 429) G. Amadei: Mörderschädel. 430) M. Benedikt: Demonstration eines Verbrechergehirnes. 431) Amadei: Schädelcapacität bei Geisteskranken. 432) Silvio Tonnini: Zwei gleichzeitige homologe Fälle von Hysterie. 433) Morselli e Buccola: Die primäre Verrücktheit. 434) W. A. Hammond: The question of lucid intervals in insanity. 435) S. Danillo: Der Einfluss der Menstruation auf den Verlauf der Geisteskrankheiten. 436) Sepilli: Progressive Paralyse bei Frauen. 437) Eugén Konrád: Ueber das Verhältniss der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane zur Psychose.

III. VEREINSBERICHTE. 438) Arthur Irsai: Ein Fall von geheilter Myelitis syphilitica.

IV. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 439) Aus Petersburg. 440) Aus Hamburg. 441) Aus Koblenz. 442) Jubiläen. 443) Statistik. V. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Zur Lehre von den Coordinationsstörungen im Kindesalter.

Ein casuistischer Beitrag vom Herausgeber.

Die Lehre von den Coordinationsstörungen im Kindesalter scheint mir noch nicht so ausgebaut, dass die Veröffentlichung eines einschlägigen Falles überflüssig erschiene. Sieht man die in der Literatur niedergelegten Fälle durch, so bemerkt man zuerst eine grosse Differenz in der Aetiologie: sowohl auf hereditärem Boden, als auch ohne einer solchen; nach acuten Infectionskrankheiten; nach gewissen Hirnaffectionen, wie auch ohne jede nachweisbare Ursache entstehen Störungen im Bereiche der Coordination. Ferner ergiebt ein Studium der publicirten Fälle, dass bei gleicher Aetiologie die klinischen Symptomenbilder sich nicht immer decken. Dass die pathologische Ana-

tomie noch nichts Einheitliches aufweisen kann — die „hereditäre Ataxie“ Friedreich's vielleicht ausgenommen — liegt danach auf der Hand.

Mein kleiner Beitrag ist ein rein klinischer, da der zu beschreibende Patient noch lebt.

Wilhelm Krämer ist geboren am 23. Juni 1869. Er ist das einzige Kind blutsverwandter Eltern (die Mütter seiner Eltern waren Schwestern). Sein Vater ist einem Herzklappenfehler erlegen; die Mutter lebt. Beide sollen in keiner Weise nervenkrank gewesen sein. Dasselbe wird mir von der Mutter des Knaben über die ganze Familie geäussert.

Der Knabe war von Geburt an ein starkes, kräftiges, gleichmässig gut entwickeltes Kind. Er lernte rechtzeitig laufen und sprechen. Die Zahnbildung war eine normale; Krämpfe fehlten sowohl während der Dentition wie überhaupt. Sein Temperament war heftig, sein Gemüth reizbar. Im dritten Lebensjahre stellte sich leichtes Stottern ein, was aber nur wenige Wochen dauerte. Er hat nie Kopfschmerzen gehabt, nie an Rheumatismus gelitten, war bis zu seinem fünften Lebensjahre stets gesund.

Da erkrankte er (Anfang März 1874) an einer fieberhaften Erkrankung, die nach Aussage des Hausarztes ein „gastrisches Fieber“ gewesen sein soll. Dieses Leiden war mit heftigen Gehirnerscheinungen verbunden: das Fieber dauerte 3 Wochen, exacerbirte jeden Abend; es kam Abends zu Anfällen von Convulsionen mit Nackenstarre, Aufschreien und Schielen. Diesen sehr bestimmten Mittheilungen fügt die Mutter noch die bemerkenswerthe Aeusserung hinzu, dass der Bauch des kleinen Patienten während der Krankheit stets auffällig eingezogen gewesen sei. Die Krankheit dauerte im Ganzen 3 Wochen, wonach sich der Knabe sehr schnell völlig erholte. Er zeigte bis Ende August desselben Jahres keinerlei Abnormitäten. Die Mutter giebt ausdrücklich an, dass er in den ersten 5 Monaten nach jenem s. g. gastrischen Fieber durchaus gesund gewesen sei und sich namentlich körperlich und geistig sehr gut weiterentwickelt habe.

Im August 1874 zeigten sich die ersten Spuren des Nervenleidens; dasselbe entwickelte sich schnell in wenigen Wochen zu voller Ausbildung. Zuerst trat *Schielen* auf. Daran schloss sich eine *Unsicherheit des Ganges*, die den sonst behänden Knaben häufig zum Hinstürzen brachte. Als drittes Symptom trat beständige *Unruhe in den Armen* auf, die ausser im Schlafe nie still gehalten werden konnten. Im Frühjahr 1875 zog er sich bei einem durch die Unsicherheit der Beine veranlassten Falle einen rechtsseitigen Armbruch zu, nach dessen Heilung die Unruhe des rechten Armes stärker auftrat als die des linken. Ein weiteres Symptom, das indessen nur einige Wochen andauerte und sich nach Gebrauch von 8 Dosen Bromkalium à 8 Gramm (das Recept lag mir vor) verloren haben soll, war ein doppelseitiges Zittern der Augäpfel. Eine kurze Zeit soll auch Speichelfluss dagewesen sein, doch war nachträglich nicht mehr festzustellen zu welcher Zeit das war, und ob er etwa medicamen-

tös bedingt war. Die Unsicherheit des Ganges und die Unruhe der Arme entwickelten sich schnell bis zu einer gewissen Intensität, und blieben auf derselben stationär trotz mannigfaltiger therapeutischer Eingriffe. Der Patient hat nie excentrische Schmerzen, nie Gürtelgefühl, nie Parästhesien gehabt.

Friedreich soll sich bei einer Consultation geäussert haben es handle sich um ein *Rückenmarksleiden.* Erb habe die Krankheit für *Chorea minor* erklärt.

Status praesens am 22. September 1877. An diesem Tage wurde der Knabe in die von mir geleitete Heilanstalt für Nerven- und Rückenmarkskranke aufgenommen.

Der Patient zeigt eine seinem Alter durchaus entsprechende körperliche Entwicklung; er ist wohlgenährt, hat kräftige Muskulatur, sieht frisch und blühend aus. Lungen und Herz sind in Ordnung; ein Klappenfehler ist nicht nachzuweisen. Puls 90 bis 94.

Der Kopf zeigt keine Abnormitäten (leider ist mir die Notiz über die Schädelmasse abhanden gekommen). Kein Kopfschmerz. Die Wirbelsäule ist leicht kyphoscoliotisch (die Kyphose im oberen Brusttheil) gebogen. Druck auf den Halssympathicus ist nicht schmerzhaft. Am rechten Auge *Strabismus internus.* Die rechte Pupille ist weiter als die linke; beide reagiren auf Lichtreiz gut. Nystagmus besteht nicht. Das rechte untere Augenlid ist in beständigem Zucken.

Die *Zunge* wird gerade vorgestreckt, *bleibt aber nicht ruhig.*

Hier und da *Zucken der Gesichtsmuskeln,* vorzugsweise rechterseits.

Die *Sprache* ist undeutlich, schwerfällig; sie zeigt Unebenheiten in der mechanischen Wortbildung (Aphas. atactica).

Beide *Beine* zeigen hochgradige Ataxie. Der Gang des Knaben ist gleich dem eines schweren Tabikers; er schleudert die Beine so colossal, dass er geführt werden muss um nicht umzufallen. Er geht mit gespreizten Beinen; mitunter bleibt er stehen, als könne er nicht vorwärts kommen. Giebt man dem sitzenden oder liegenden Knaben auf mit den Beinen vorgeschriebene Bewegungen auszuführen, so bemerkt man sogleich, dass ihm dies unmöglich ist, er fuchtelt wild mit den Beinen in der Luft herum und vermag sie nicht im Entferntesten zu beherrschen. Ohne Bewegungsimpuls hält er in gleicher Körperstellung die Beine ganz ruhig, spontane Bewegungen sind an ihnen nicht zu beobachten.

Die beiden obern Extremitäten sind in fortwährender beständiger Bewegung, sie können nicht ruhig gehalten werden; es sind Bewegungen in den Gelenken, die sich regellos folgen. An vorgehaltenen Gegenständen greift der Patient vorbei; beide Zeigefinger in schneller Bewegung auf einander zu bringen gelingt niemals, sie schiessen stets aneinander vorüber.

Das Stehen wird dem Kleinen ausserordentlich schwer; beständiges Schwanken des Rumpfes und des Kopfes in Verbindung mit den Armbewegungen bringen ihn beständig aus der Balance. Stellt er die Füsse zusammen so wird das Stehen noch weiter erschwert.

Bei Augenschluss stürzt er sofort zusammen.

Die Patellar-Sehnenreflexe fehlen auf beiden Seiten; Fuss- und Muskelphänomen sind nicht vorhanden.

Die Sensibilität ist sowohl an den Armen wie an den Beinen nach allen Richtungen intact. Die diesbezüglichen Untersuchungen habe ich wiederholt und mit der grössten Exactheit angestellt, niemals aber eine Abnormität gefunden.

Die Blasen- und Mastdarmfunction ist in Ordnung.

Die Speichelabsonderung ist etwas verstärkt.

In geistiger Beziehung ist der Knabe völlig intact, er hat ein gutes Gedächtniss. Seine Stimmung ist immer heiter.

Dieser Beschreibung des Falles erlaube ich mir folgende Bemerkungen anzuschliessen.

Zunächst ist es gewiss nicht zu unterschätzen, dass der Knabe das Kind blutsverwandter Eltern ist. Es liegt die häufigste Form von Verwandtschaftsehen vor, die zwischen Vetter und Base. Die Ehe unter Blutsverwandten ist nach der Ansicht der meisten Forscher, der nur ganz vereinzelte Stimmen widersprechen, ein der hereditären Belastung gleichwerthiges Moment. Wären bei längerer Lebensdauer des Vaters dem Ehepaar weitere Kinder mit cerebro-spinaler Affection geboren worden — und ich halte das letztere nicht für unwahrscheinlich — so hätte sich ein den Friedreich'schen Fällen ähnliches trauriges Familienbild entwickelt. Es hat also eine gewisse Berechtigung den beschriebenen Fall als eine *hereditäre* Coordinationsstörung aufzufassen.

Will man dieser Auffassung nicht huldigen, sondern die acute fieberhafte Erkrankung als Ursache heranziehen, so verursacht das absolut freie Intervall von fast 5 Monaten, das zwischen dem Ablaufe jener Erkrankung und dem Beginne der ersten Symptome des Nervenleidens liegt, eine nicht leicht zu überwindende Schwierigkeit, weil eben durch dieses Intervall der directe ursächliche Zusammenhang der beiden Krankheiten in Frage gestellt wird. Meist beginnen die Coordinationsstörungen nach fieberhaften Affectionen noch während der Fieberperiode oder doch unmittelbar im Anschlusse an dieselben, und wenn die genannten Störungen auch zuweilen als spät auftretende Nachkrankheiten entstehen, die gewöhnlich durch Anämie bedingt sind, so sind sie doch stets von s. g. functionellem Charakter, immer nur von kurzer Dauer, nie aber Jahre lang bestehend, wie in dem vorliegenden Falle.

Nach meiner Ansicht liegt hier das Verhältniss so, dass die in dem Knaben durch seine Abstammung aus einer Blutsverwandten-Ehe entstandene, bislang latente Disposition zu Erkrankungen des Nervensystems durch die acute fieberhafte Krankheit in Fluss gekommen und sich durch die allmälige Entwicklung einer Coordinationsstörung manifestirt hat. Die erste Affection hat mithin nicht unmittelbar die zweite inducirt, sondern zwischen ihnen liegt als Bindeglied die erbliche Disposition. Das ist von wesentlicher Bedeutung, weil ohne

dieses Bindeglied die Coordinationsstörung aller Wahrscheinlichkeit nach nur eine functionelle, kurz vorübergehende geworden wäre, während sie jetzt eine entschieden organische ist und von jahrelang stationären Verhalten. Die acute fieberhafte Krankheit hat demnach in diesem Falle die gleiche pathogenetische Bedeutung, wie z. B. in den Friedreich'schen, Seeligmüller'schen u. A. Fällen der Eintritt der Pubertät.

Unter solchen Umsänden ist es fast werthlos eine möglichst sichere Diagnose der fieberhaften Erkrankung ex post zu versuchen, weil dieser ein bestimmt localisirender Einfluss bezüglich der folgenden Coordinationsstörung doch nicht zukommt; denn bei bestimmter pathologischer Veranlagung des Knaben konnte die Manifestation derselben durch jede beliebige Infectionskrankheit herbeigeführt werden. Immerhin ist ein gewöhnliches „gastrisches Fieber", als welches die fragliche Erkrankung ausgegeben wurde mit Bestimmtheit abzuweisen; gegen diese Annahme spricht eigentlich Alles. Von einem Typhus oder Typhoid kann auch keine Rede sein; das Fehlen von Diarrhoen spricht ebeso dagegen wie der kurze Verlauf, die schnelle Reconvalescenz, die lange Anwesenheit cerebraler Symptome wie Convulsionen, Nackenstarre, eingezogener Bauch — eine Symptomenreihe, die mit ziemlicher Sicherheit auf eine cerebrospinale Leptomeningitis schliessen lässt. Ob dabei ein geringer Erguss in die Ventrikel Statt gefunden hat ist nachträglich nicht mehr festzustellen, im Ganzen auch gleichgültig; wichtiger ist die Thatsache, dass die Centralorgane zu einer Zeit ergriffen wurden, wo sie noch in Entwicklung und Ausbildung begriffen, also auch sehr leicht vulnerabel waren. Dadurch konnte der Grund gelegt werden zu Entwicklungshemmungen, zu Atrophien gewisser Centren und Bahnen, zu Reizungen anderer.

Betrachtet man die einzelnen Symptome genauer, so erheischt die Bewegungsstörung der Arme eine besondere Aufmerksamkeit.

Auf den ersten Blick glaubt man eine *Chorea minor* vor sich zu haben, denn die spontanen Bewegungen der Arme sind an und für sich choreatischen Bewegungen sehr ähnlich. Berücksichtigt man aber alle hier concurrirenden Verhältnisse, so kann man dieser Ansicht nicht Raum geben.

Der Knabe hat nie an Rheumatismus gelitten, hat auch keinen Herzfehler. Der Verlauf spricht ganz entschieden gegen Chorea. Eine Chorea minor wechselt stark ihre Intensität, dauert selten lange, nach Hennoch's neuesten Lehrbuch der Kinderkrankheiten selten länger als ein Jahr. In unserem Falle ist aber heute, also nach mehr als sechs Jahren, diese scheinbare Chorea noch in unveränderter Weise stationär. Das kann keine Erkrankung von functionellem Charakter sein, als welche wir die Chorea minor gemeiniglich auffassen; bei solcher Stabilität kann es sich nur um dauernde Gewebsveränderungen handeln. Nun könnte man allerdings annehmen, jene acute Fiebererkrankung habe vorzugsweise die motorischen Rindenpartien, die beiden Centralwindungen und das Paracentralläppchen ergriffen

und habe in den Centren für die Bewegung der Oberextremitäten — vielleicht auch in jenem für die Gesichtsmuskeln — einen dauernden Reizzustand gesetzt, der sich an der Peripherie durch die in Rede stehenden choreaähnlichen Bewegungsstörungen documentirt, eine Annahme die nichts Unwahrscheinliches hat. Aber das Unwahrscheinliche liegt meiner Ansicht nach in der Combination der Symptome, in dem ganzen Bilde der Erkrankung, in dessen Rahmen kein Platz erscheint für eine Chorea. Mir ist wenigstens aus der Literatur Aehnliches nicht bekannt. Und diese Gleichsinnigkeit der Symptome, welche eine möglichst natürliche und einfache Auffassung doch immer anstreben soll, ist ein weiterer Umstand der gegen Chorea spricht.

Es kann mithin nur von derjenigen Bewegungsstörung die Rede sein, welche Friedreich als „*statische Ataxie*“ bezeichnet hat; sie tritt gegenüber der locomotorischen Ataxie bei ruhiger Fixation der Glieder ein und documentirt sich durch spontane ruckweise, zuckende Bewegung derselben. Dieselbe stellt gewissermassen die höchste Steigerung der Ataxie vor und kommt nur bei sehr schweren Fällen zur Beobachtung. Auf sie ist in unserm Falle auch das Zucken des Rumpfes zurückzuführen, welches dem Knaben das Stehen fast unmöglich macht.

Die Schrift des Knaben, von der ich hier eine facsimilirte Probe beifüge, lässt deutlich die 2 Formen der Ataxie erkennen. Die wilden, ungelenkten und masslosen Züge sind deutliche Repräsentanten locomotorisch - atactischer Schrift. Die an den einzelnen Strichen zu bemerkenden kleinen seitlichen Bewegungen halte ich für die Zeichen der *statischen* Ataxie.

Auch das Zucken einzelner Gesichtsmuskeln ist als atactisches Symptom von grösster Seltenheit aufzufassen.

Schliesslich ist auf das Fehlen der Patellar-Sehnenreflexe hinzuweisen; in den von Friedreich zuerst mitgetheilten Fällen waren sie vorhanden, in den Fällen anderer Autoren waren sie nicht nachweisbar. Ihr Fehlen ist auf das Ergriffensein der sog. *Bandelettes externes* der Hinterstränge zurück zu führen. Ich war der erste, welcher diese Localisation für das Erlöschen der Patellar - Sehnenreflexe auf Grund von Studien postulirte,*) welche ich an Krankengeschichten mit genauen Autopsien angestellt habe, die von anderen Autoren, namentlich von Charcot publicirt sind. Westphal war zwei Jahre später, vom Zufall begünstigt, in der Lage die Richtigkeit meiner Ansicht erhärten zu können: er publicirte einen Fall,**) bei dem als erstes und einziges Symptom der Tabes das Kniephänomen rechts 7 Wochen, links 5 Tage vor dem Tode erloschen war, und bei dem die Autopsie nur eine *Erkrankung des äusseren Theiles der Hinterstränge* in wechselnder Gestalt ergab.

Nunmehr ist unschwer die Diagnose zu construiren, die widerspruchslos „*hereditäre Ataxie*“ lauten muss. Eine durch Blutsverwandtschaftsheirath entstandene, der hereditären gleichwerthige Dis-

*) Tabes dorsalis incipiens. Schweiz. ärztl. Corr.-Blatt. 1879. Nro. 1 u. 2.

**) Berlin. klin. Woch. 1881. Nro. 1 u. 2.

position; Entwicklung der Symptome im Alter von 5 Jahren; locomotorische Ataxie der unteren und oberen Extremitäten; statische Ataxie des Rumpfes und der Arme; atactische Sprachstörung, atactischer Nystagmus von allerdings kurzer Dauer, Fehlen der Patellar-Sehnenreflexe, Intactheit der Sensibilität — Alles das deckt sich mit dem von Friedreich prägnant bezeichneten Krankheitsbilde der hereditären Ataxie.

Disseminirte Hirn-Rückenmarks-Sclerose ist zurückzuweisen, so verlockend ihre Annahme auch scheinen könnte. Die Entwicklung, des Jahre lang Stationärbleiben, das Fehlen von Intentionszittern, von Paresen, von Spasmen, von scandirender Sprache, von Intelligenzstörung u. s. w. sprechen dagegen. In ähnlicher Weise muss die Annahme anderer Affectionen abgelehnt werden.

Ueber *Behandlung* und *Verlauf* des Falles habe ich folgendes mitzutheilen:

Der Knabe ist drei Monate hier in meiner Behandlung gewesen. Von innerlichen Mitteln wurde zuerst mit Bedacht auf etwaige intracranielle Exsudate Syr. ferri jodati verabreicht, sodann, mit Rücksicht auf die angebliche günstige Wirkung von Bromkalium auf den Nystagmus dieses Mittel. Weiter kamen zur Anwendung Liq. arsenical. Fowleri, Argent. nitricum und subcutane Einspritzungen von Curare. Ausserdem wurde täglich eine kühle Abreibung und der constante Strom applicirt; letzterer auf zwei verschiedene Weisen: a) längs der Wirbelsäule und am Sympathicus, wie bei Tabes; b) die labile Kathode an die rechte Schläfe, Anode im Nacken um den Strabismus zu beeinflussen. Letzteres gelang thatsächlich in günstiger Weise. Der am 4. December 1879, dem Tage der Entlassung des Knaben noch einmal genau aufgenommene Status praesens ergab bezüglich der Ataxie, der Sprachstörung, der Sensibilität, der Patellarsehnenreflexe genau dieselben Verhältnisse wie der Aufnahmestatus. Degegen war die *Lähmung des Rectus internus vollständig verschwunden, Pupillen gleich weit.* Puls 90. Gewicht 58 Pfund (+ 4).

Dass die Augenmuskellähmung mit den übrigen Symptomen eine nicht gemeinsame Ursache hat, dürfte aus ihrem Verschwinden geschlossen werden; wahrscheinlich beruhte sie auf exsudativ bedingtem Drucke. Der Nystagmus entzieht sich einer genauen Beurtheilung, da ich selbst ihn nicht beobachtet habe.

Im Sommer 1881 hat der Knabe eine drei wöchentliche Badecur in Wildbad durchgemacht.

Im Juni 1882 berichtet mir der Hausarzt des Knaben, dass die Chorea der oberen, die Ataxie der unteren Extremitäten noch fortbestehe, dass die Patellarsehnenreflexe noch fehlen, dass das Sprachvermögen sich in sofern etwas gebessert habe, als der Kranke rascher und ohne längeres Besinnen spreche, dass sein Gedächtniss gut sei, das er in der Schule — das Schreiben ausgenommen — gut fortkomme — „Kopfrechnen 50% Treffer" —, dass die Pupillen gleich weit seien; Körpermaass 139 Ctm. Gewicht 64 Pfund.

Der im August dieses Jahres an mich gelangte Bericht enthält in allen wesentlichen Punkten dasselbe.

II. Referate.

419) **S. Danillo**: Quelque Considérations sur les Sillons artériels de l'endocrane chez l'homme. (Die arteriellen Furchen an der Innenseite des Schädels.) (Bull. de la Soc. d'Anthropol. 1883.)

Nahezu 500 Schädel wurden untersucht; in 90 % war jene Furche, welche dem vorderen Aste der Arteria meningea media entspricht, die ausgeprägteste. Es scheint, dass die Tiefe der Furchen im höheren Alter noch ein wenig zunimmt. In 3% fanden sich keine Arterienfurchen. Die zahlreichsten Furchen liegen in der Temporoparietalgegend, die wenigsten in der Frontalgegend. Die Furche für den vorderen Ast der Art. meningea media beginnt basalwärts in der Regel 2—5 mm. hinter der Coronarnath und steigt dann schief (bis 45 mm hinter der genannten Nath) nach aufwärts. Ganz ausnahmsweise nur liegt der Anfang dieser Furche vor der Nath, mitunter trifft man jene eine längere Strecke hindurch in der Nath selbst.

Bei den männlichen Schädeln waren die arteriellen Furchen in 51,5% linkerseits und in nur 13% rechterseits mehr ausgeprägt, in 35,5% bestand kein nennenswerther Unterschied. In ähnlicher Weise, nur in einem etwas geringeren Grad fand sich auch an den weiblichen Schädeln ein deutlicheres Hervortreten der Furchen linkerseits.

D. erinnert daran, dass eine Reihe von Thatsachen bekannt ist, welche alle für eine stärkere Entwickelung der linken Gehirnhälfte und seiner Hüllen sprechen. Die Bildung dieser Furchen wäre nach Danillo nicht eigentlich durch Usur des Knochengewebes zu erklären, nachdem die Gefässe der Dura schon vor der Ossification der Schädelknochen vorhanden sind; letztere bilden sich vielmehr, unter dem leichten Drucke der Gefässe bereits mit ihren Gefässrinnen.

Obersteiner (Wien).

---

420) **J. Orschansky:** Ueber elektrische Erregbarkeit des Gehirns durch Anämie (russisch). (Archiv für Psychiatrie etc. Charkow 1883.)

Verfasser stellte seine Untersuchungen sowohl an narcotisirten als nicht narcotisirten Hunden an, bei denen er die Folgen der Blutentziehungen auf die Gehirnerregbarkeit studirte. Es wurden an den Thieren die Corticaliszone für die vordere und hintere Extremität (nach Munk) blossgelegt und die Hirnerregbarkeit sowohl mit dem inducirten (Schlittenapparat) als constanten Strome (4 Grove'sche Elemente) gemessen. Die Resultate der Untersuchungen sind folgende: Geringe Blutentziehungen (etwa $^1/_7$ des Gesammtblutes) bleiben ohne Einfluss. Etwas grössere Entziehungen ($^1/_5$ d. G.) *steigern* die Gehirnerregbarkeit. Bei noch stärkeren Blutentziehungen vermindert sich die Hirnerregbarkeit zuerst langsam, dann (bei Entziehung von $^3/_5$ des Gesammtblutes) sehr schnell und kann in einigen Minuten

auf Null fallen. Die Steigerung sowohl als die Abnahme der Erregbarkeit kommen nicht sofort nach dem Blutverluste, sondern erst in 10—15 Min. zu Stande (Nachwirkung). Die veränderte Hirnerregbarkeit hat die Tendenz zur Ausgleichung, die jedoch nicht vollständig ist. — Nebenher beobachtete O. *sehr oft* in der Phase der gesteigerten Hirnerregbarkeit einen psychischen Reizzustand des nicht narcotisirten Thieres, in der Phase der Erregbarkeitsverminderung hingegen war das Thier ruhig. — Die Ursache der Erregbarkeits-Aenderung sieht O. nicht in mechanischen und physicalischen Folgen der Blutentziehung, im verminderten Blutdrucke (da die Transfusion ihn von dem Nichtparalellismus des Blutdruckes und Hirnerregbarkeit überzeugten) — sondern in einer Ernährungstörung der Gehirnsubstanz. Von der Annahme der Existenz von Hemmungs- und Impulsions-Apparaten in der Corticalis ausgehend, glaubt Verfasser die anfängliche Erregbarkeitssteigerung einer Erschöpfung der Hemmungscentren (wobei die Impulsionsapparate hyperästhetisch werden) zuschreiben zu sollen. Das folgende Ergriffensein der letzteren setzt Erregbarkeitsverminderung voraus. Dieselbe Auffassung könne auch bei Erklärung des Erregbarkeitssteigerung bei beginnender Einwirkung der Narcotica herangezogen werden. Rosenthal (Warschau).

---

421) **Mierzejewski** u. **Erlicki:** Ueber einen Fall von Sclerosis lateralis amyotrophica (polnisch). (Pamictnik.Tow. Lek.Warszawskiego 1883. H. 2.)

Es handelt sich hier um einen typischen Fall von amyotrophischer Lateralsclerose bei einer 33 j. Tagelöhnerin. Parese der Extremitäten, ausgebreitete Muskelatrophie, Rigidität vieler Muskeln, Contractur der Hände- und Fingerbeuger, erhöhte Sehnenreflexe ausgesprochene Sprachstörung und bedeutende Atrophie der Zungenmuskulatur. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Rückenmarks erwies sich eine strangförmige Sclerose der Pyramidenbahnen, ausserdem eine interstitiell parenchymatöse Entzündung in den Vorderhörnern der grauen Substanz. Der das ganze Rückenmark durchgreifende entzündliche Process erschien im Halstheile bereits schwächer und erreichte noch die motorische Pyramidenkreuzung, sowie auch den medialen Hypoglosuskern, der vollständig zu Grunde ging. In Pons und Crura cerebri keine Spur von Veränderungen. — Den Standpunkt Adamkiewicz's in Betreff der Tabes wie auch den aufsteigenden Verlauf des anatomischen Processes in obigem Falle (gegenüber der secundären Degeneration) in Betracht ziehend, behaupten die Verf., dass es sich bei der amyotrophischen Lateralsclerose um eine chronische *interstitielle Entzündung*, nicht aber um eine parenchymatöse Degeneration (Leyden) der Pyramidenbahnen handle. Der klinische Standpunkt Charcot's wird festgehalten. Rosenthal (Warschau).

---

422) **M. Benedikt** (Wien): Ein Fall von Ataxie spasmodique. (Sep.-Abdr. aus den Mittheilungen des Wiener med. Doctoren-Collegiums. IX. Bd. Nro. 2. 1883.)

B. stellt in der wissenschaftlichen Versammlung des W. med. Doctoren-Collegiums einen 6 jährigen Knaben vor, bei dem vor 6 Monaten in der Reconvalescenz von Morbillen das Leiden, combinirt mit Aphasia associatoria auftrat. Hände in Beugestellung; an der obern und untern Extremität keine Lähmung. Beim Gange (Kranker konnte nur geführt gehen) wurden hinter- und durcheinander die verschiedensten spastischen Stellungen der Füsse eingenommen. Von B. ist vor längerer Zeit die Krankheit zuerst als Paraplegia spastica infantilis beschrieben. Charcot kannte die infantile Form seiner Ataxie spasmodique augenscheinlich nicht. B. hält die Krankheit für cerebral wegen der Häufigkeit der abnormen Schädelbildung und weil sie aus einer beiderseitigen Hemiplegia spastica infantilis zusammengesetzt sei. Sie sei eine Affection zweier symmetrisch gelagerter oder eines medialen Ganglion; die Atrophie oder Aphasie der Pyramiden habe die Bedeutung einer secundären Affection. Goldstein (Aachen).

---

423) **Karl Dehio** (St. Petersburg): Fehlschlucken in Folge einer Lähmung des l. nerv. laryngeus recurrens. (St. Petersb. med. Wochenschrift 1883. Nro. 22.)

Patientin, 54 Jahre alt, erkrankte 2 Wochen vor ihrem Eintritt in's Hospital nach einer heftigen Erkältung. Fieber, Brustbeschwerden, Husten, schwache Stimme, Verschlucken. Als Verf. Pat. sah, war mässiges Fieber, beschleunigter Athem vorhanden, Extremitäten, Nase und Lippen cyanotisch. Husten paroxysmenweise, wobei es fofort auffiel, dass die einzelnen Hustenstösse nicht durch einen luftdichten Glottisverschluss eingeleitet wurden, sondern keuchend klangen und unter starker Luftverschwendung erfolgten, so dass Pat. nach jedem Anfall vollständig aus dem Athem gerieth. Stimme monoton. Laryngoscipie: Epiglottis steht hoch aufgerichtet, fast unbeweglich, nur bei forcirten Phonationsversuchen und intercurrenten Würgbewegungen leichtes Niedersinken der r. Hälfte. R. Ligam. ary-epiglotticum spannt sich beim Phoniren gradlinig an. Im Uebrigen typisches Bild einer completen Lähmung des l. M. laryng. recurrens.

Das klinische Interesse des Falles, der unter Faradisation und Strychnininjectionen sich besserte, besteht in der Combination der Lähmung des M. laryng. recurrens, mit einer gleichzeitigen Störung des Schluckaktes. Die von Gerhardt, Türck und Ziemssen beschriebenen Fälle, welche in Folge von Dyphtherie, Bulbärparalyse und sonstigen Herderkrankungen des Gehirns entstanden waren, weisen alle auf örtliche, musculäre Lähmung oder gleichzeitige Erkrankung des n. laryngeus sup. hin, wobei das Fehlschlucken in Folge der Lähmung des M. ary-epiglotticus verständlich wird. Verf. nimmt für vorliegenden Fall an, dass der n. laryng. recurr. auch den Musc. ary-epiglott. seiner Seite innervirt habe. Goldstein (Aachen).

---

424) **J. G. Kiernan** (Chicago): The psychical effects of nerve-stretching. (Psychische Wirkung der Nervendehnung). (The journ. of neur. a psych. Januar 1883.)

Auffallende Besserung einer multiplen Sklerose durch Dehnung des „hintern Stranges des Plex. brach.“ (wie der betr. Operateur, ein „irregular practitioner“ sich in seinem Certificat ausdrückte). Als Verf. den Pat. untersuchte, fand er eine oberflächliche Incision über der Clavicula. Die „Operation“ hatte natürlich unter Narcose stattgefunden.

Kron (Berlin).

---

425) **S. Danillo:** Réflexomètre pour les réflexes tendineux, avec signal électrique. (Reflexometer für die Sehnenreflexe.) (Compt. rend. de la soc. de biol. VII. Ser. Tome III. Nr. 30.)

Aufgabe dieses Apparates — dessen nähere Beschreibung im Originale nachzusehen ist — soll sein, die Kraft zu messen, mit welcher eine beliebige Sehne percutirt werden muss, damit ein Reflex entstehe. Für den Patellarreflex war unter normalen Verhältnissen eine Percussionskraft von mindestens 125—150 Gramm nothwendig.

Ausserdem gestattet der Apparat auch genau den Zeitpunkt der Percussion zu markiren.

Obersteiner (Wien).

---

426) **Ad. Zederbaum**: Nervendehnung und Nervendruck. (Arch. für Physiologie 1883. 2. u. 3. H.)

Bei der Schwierigkeit ein genaues Maass für die Intensität der Dehnung eines Nerven aufzustellen, hat sich Z. darauf beschränkt, unter der Leitung Prof. Kronecker's die Veränderungen zu studiren, welche die Erregbarkeit der Nerven durch Druck d. i. durch Belastung senkrecht auf den Axencylinder, erfährt. Es ergab sich, dass der N. Ischiadicus des Frosches eine sehr grosse Belastung vertragen kann.

Die motorische Erregbarkeit wird bei Belastung von ungefähr 75 Gm. bis 500 Gm. ein Wenig erhöht, sinkt von 500 Gm. bis 900 Gm. und erleidet von circa 1000 Gm. angefangen eine merkliche Abnahme; in einem Versuche zeigte der Nerv noch bei 1700 Gm. deutliche Erregbarkeit.

Hingegen verschwindet beim Frosche bei einer Belastung von mehr als 400 Gm. die Reflexerregbarkeit, allein in der Weise, dass der Schenkel, dessen Nerv belastet war und an welchen die Hautreize einwirkten sehr wenig oder gar nicht reagirte, während an dem Schenkel der anderen Seite regelrechte, deutliche Reflexbewegungen auftraten. Daraus ist zu folgern, dass (bei sonst intacter centrifugaler Leitung) durch den Druck nur die motorische Leitung für solche Reize wie sie von dem reflectorisch erregten Rückenmarke ausgehen, aufgehoben wurde, während die directe motorische und die sensorische Leitung erhalten blieben.

Kaninchennerven vertragen keinen so starken Druck, wie die Froschnerven.

Einseitige Durchschneidung des Rückenmarkes hat auf die oben beschriebenen Erscheinungen keinen Einfluss. Obersteiner (Wien).

---

427) **Dujardin-Beaumetz:** Leçons de clinique thérapeutique III vol. 1er fascic., Traitement des Maladies du système nerveux. (Therapie der Krankheiten des Nervensystems.) Paris 1883.

Von vorneherein wird wohl Niemand erwarten in Einem, wenn auch auch ganz stattlichem Bande eine erschöpfende Darstellung des gegenwärtigen Standes der Therapie bezüglich der Nervenkrankheiten zu finden, umsoweniger, wenn gleichzeitig, wie dies in einem „Lehrbuch der Therapie“ nicht ganz zu umgehen ist, häufig historische Rückblicke eingeflochten werden müssen. Daher können auch in dem vorliegenden Werke die Hauptcapitel des allgemeinen Theiles (Hydrotherapie und Elektricität) verhältnissmässig nur unvollständig ausgearbeitet sein, während andererseits im speciellen Theile blos einzelne Neuropathien (diese allerdings ziemlich ausführlich) zur Besprechung gelangen, während über zahlreiche andere Nervenkrankheiten nichts verlautet.

Ich will aber nochmals erwähnen, dass dies ein Vorwurf ist, dem bei der Beschränktheit des Raumes nicht zu entgehen war.

Als ein Vorzug dieses Werkes erscheint es mir auch, dass der Autor sich auf einen ziemlich skeptischen Standpunkt stellt, was gerade bei einem Lehrer der Therapie auffallen muss.

In Nachfolgendem werde ich versuchen jene Punkte hervorzuheben, bezüglich welcher Dujardin-Beaumetz seine eigenen Ansichten und Erfahrungen entschiedener zum Ausdruck bringt.

Im ersten Capitel wird im allgemeinen das Verhalten des Nervensystems gegenüber therapeutischen Eingriffen, dann die Wirkungsweise der Anästhetica, des Alcohols und jener Mittel besprochen, welche auf die Gefässnerven erregend oder lähmend einwirken.

Das zweite Capitel ist der *Hydrotherapie* gewidmet. Vor der kalten Douche, die niemals länger als 30 Secunden dauern darf, lässt D. sehr lebhafte Muskelbewegung machen, oder trachtet auf andere Art rege Schweissabsonderung hervorzurufen, während der Douche selbst aber soll der Kranke möglichst ruhig bleiben.

Hierauf (3. Cap.) wird die Methode der *elektrischen Behandlung* (galvanische, faradische und statische E.) klar und kurz dargelegt. Die Apparate von Gaiffe und von Trouvé werden besonders anempfohlen.

Im besonderen Theile findet zuerst die Behandlung der *Neuralgien* eine vorzügliche eingehende Besprechung; die Methode ist entweder symptomatisch (gegen das Hauptsymptom, den Schmerz gerichtet) oder pathogenetisch (gegen die Ursache der Neuralgie). Die symptomatische Behandlungsmethode selbst ist wieder dreifacher Art: leganatisch, revulsiv oder empirisch (zu letzteren Mitteln, werden jene

gerechnet, welchen man, ohne ihre Wirkungsweise näher zu kennen, einen heilsamen Einfluss bei Neuralgien zumisst).

a. Analgetisch wirken vor Allem Opium und Morphium; zu subcutanen Injectionen, die keineswegs in loco dolenti gemacht werden müssen, empfiehlt D. 0,01 schwefels. Atropin und 0,10 salzs. Morphin in 20,00 Aqua laurocer. gelöst. — Chloral ist dem Crotonchloral weitaus vorzuziehen. Bei Ischias sind Injectionen von Chloroform (2,3—10 Grm.) an der schmerzhaften Stelle tief in das Zellgewebe hinein (die Nadel wird senkrecht bis an die Spritze in die Haut eingestochen) von sehr grossem Nutzen. Mit besonderer Wärme tritt D. für den Gebrauch des Aconitin ein, welches, wenigstens bei Trigeminusneuralgien ($^1/_4$ Milligrm. salpeters. Aconitin alle 3 Stunden bis zur Maximal-Tagesdosis von 0,002) oft Heilung, immer aber Linderung verschafft (das Präparat von Duquesnel ist reiner als die übrigen).

Weitaus weniger verlässlich wirkt die Tinctura Gelsemii (bis 20 Tropfen pro die) und noch weniger das Gelsemin.

Zur analgetischen Behandlungsmethode gehört auch die Anwendung der Elektricität (der positiv. Pol auf den schmerzhaften Punkt, schwache galvanische Ströme, bei Prosopalgie nie über 3—4 Milliamp.) der Strom soll so lange einwirken bis Erleichterung verspürt wird. Auch die Hydrotherapie ist sehr wirksam. Ueber Neurotomie und Neurektomie wird nichts Neues mitgetheilt; von der Nervendehnung meint D., dass ihre günstige Wirkung in der Mehrzahl der Fälle nur vorübergehend sei. — Der von Billroth angegebenen subcutanen Nervendehnung würde er als dem geringeren chirurgischen Eingriff den Vorzug geben.

b. Die revulsive Methode besteht gewönlich in der Anwendung von Frictionen mit Terpentin u. a., Sinapismen, Vesicatoren, der Cauterisation, Acupunctur, Elektropunctur. Vorzüglich verweist D. auch auf die von Luton angegebenen subcutanen Injectionen „à effet local“: bei Ischias wird an der schmerzhaften Stelle eine Lösung von 0,50 Argentum nitric. in 7,00 Wasser (davon 6 (?) Cubikmillimeter) tief zwischen die Muskeln injicirt. In der grössten Mehrzahl der Fälle kommt es zur Heilung.

Die Massage wäre ebenfalls hier anzureihen.

c. Zu den empirischen innerlichen Mitteln gehören Terpentin und verschiedene in England und Amerika sehr beliebte Phosphorpräparate, die wohl wenig oder gar nicht helfen; etwas besserer Erfolg wäre noch, wenn auch nur vorübergehend, von der Guarana oder von dem schwefelsauren Kupferoxydammoniak (bis 0,20 pro die) zu erwarten; letzteres ist besonders bei congestiver Trigeminusneuralgie, während der Mahlzeit, zu nehmen.

Vom ätiologischen Standpunkte aus ist der bei der Behandlung der Neuralgien einzuschlagende Weg ebenfalls ein verschiedener. In kurzer Zusammenstellung wären Folgendes die Angaben von D.

1. Bei Neuralgien nervösen Ursprungs: Brompräparate, kalte Douchen, statische Elektricität; — bei Neuritis der constante Strom, die revulsive Methode.

2. Bei N. aus Circulatiensstörungen und zwar congestiver Natur: Aconitin, Ergotin; anämischer Natur: Morphin, Hydrotherapie, Gymnastik.

3. Bei N. in Folge veränderter Blutmischung; a. Chlorose: Arsen, das dem Eisen vorzuziehen ist; b. bei Intermittens: Chinin mit Aconitin, c. bei rheumatischen Neuralgien: Zincum cyanic. und salicyls. Natron.

Das 5. Capitel ist der Behandlung der *Hysterie* gewidmet. Gleich Eingangs erklärt Verf., dass sich diese Krankheit eigentlich jeder wissenschaftlichen Therapie entzieht. Viel kann prophylaktisch auf hygienischem Wege geleistet werden. Vorzüglich handelt es sich um eine passende, naturgemässe Erziehung (dabei möge das Clavierspielen, besonders aber die Orgel vermieden werden); die Beziehungen des sexuellen Lebens zur Hysterie, werden häufig noch ganz irrig aufgefasst; es darf sexuelle Enthaltsamkeit keineswegs als befördernd für das Auftreten dieser Krankheit angesehen werden, viel eher gilt dies für geschlechtliche Ausschweifungen. Der reichliche Genuss von Thee sowie von Alcohol und Absynth begünstigen die Entwicklung der Hysterie.

Die bekannten eigentlichen Antihysterica sind nahezu werthlos; bei den aufgeregten Formen der Hysterie und kräftigen Personen sind Brompräparate (namentlich die polybromures aus gleichen Theilen Br. Kalium — Natrium — und Ammonium bestehend am Platze, bei depressiven Formen die Opiumtinctur bis 40 Tropfen täglich. Zincum bromatum und Camphora monobromata stehen hinter den anderen Bromsalzen an Wirksamkeit zurück.

Besonders in Aufregungszuständen sind auch die prolongirten Bäder — bis 8 Stunden Dauer — mit aromatischen Zusätzen und laue Douchen von grossem Nutzen. Seebäder sind zu vermeiden, hingegen werden klimatische Curorte mit gleichzeitiger Hydrotherapie anempfohlen, besonders Divonne in der Schweiz, und Aussee in Steyermark (nicht wie D. meint in Tirol). Zu versuchen ist ferner die statische Elektricität.

Die Metallotherapie hat noch nie zu einer wirklichen Heilung geführt; es sind immer nur einzelne nebensächliche Erscheinungen, die dadurch zum Schwinden gebracht werden.

Die Behandlung der *Epilepsie* (6. Cap.) wird ebenfalls sehr eingehend abgehandelt; doch geht D. von der Ansicht aus, dass mit Ausnahme der Bromsalze alle andere Medicamente nahezu nutzlos und auch fast überall schon aufgegeben sind; in beiden Punkten hat D. Unrecht, namentlich darf dem Atropin seine Wirksamkeit nicht gänzlich abgesprochen werden.

Unter den Bromverbindungen nimmt das Bromkalium weitaus den ersten Rang ein; Verf. hat unter dem Gebrauch des so beliebten Bromnatriums niemals die epileptischen Anfälle schwinden gesehen; auch die andern Bromsalze (Br. Ammonium, Calcium, Zink, Campher) sind unnöthig. Die Maximaldosis des Bromkaliums ist selten höher als 8 Grm. pro die; das Verschwinden der Reflexsensibilität der Ra-

chenwand gibt noch keine Indication für die Herabminderung der Dosis ab; es ist gut, bei grösseren Dosen auch eine beträchtliche Menge von Milch zu verabreichen, um Reizung der Magenschleimhaut zu vermeiden. Unter der Brombehandlung werden zuerst die nocturnen Anfälle schwächer, seltner und verschwinden gänzlich, dann die Tagesanfälle, die Schwindelanfälle und zuletzt endlich die Auren.

Nicht ohne Bedeutung ist die hygienische Behandlung der Epilepsie. Sexuelle Excesse sind zu vermeiden, ebenso Alcoholica; ferner sei vegetabilische Nahrung anzurathen.

Für die *Chorea* (7. Cap.) ist die Tendenz zu spontanen Heilungen charakeristisch, daher ist auch der Werth therapeutischer Eingriffe oft schwer zu beurtheilen, und von vornherein jede Medication zurückzuweisen, welche mit irgend welchen Gefahren verbunden sein kann, wie z. B. Strychnin, Anilin, Curare, Eserin und Hyosciamin, die von verschiedenen Seiten wärmstens anempfohlen wurden. Bromkalium hat sich auch nicht bei der Chorea bewährt. Zerstäubung von Aether längs der Wirbelsäule während 5 Minuten Morgens und Abends hat wiederholt eine Verminderung der choreatischen Bewegungen zur Folge. Grosse Dienste leistet — ohne eigentlich die Chorea zu heilen — das Chloral in den bekannten Anwendungsweisen.

Den ersten Rang behauptet die tonisirende Methode, vorzüglich das Arsen; Schwefelbäder, Hydrotherapie und Gymnastik wirken auch befördernd in dieser Richtung, während alle schwächenden Behandlungsweisen besonders der Brechweinstein, welcher in Frankreich gerne angewendet wird, strenge verurtheilt werden.

Die *Meningitis tuberculosa* (8. Cap.) hält Verf., wenn frühzeitig genug eingegriffen wird, für prognostisch weniger ungünstig als man meist annimmt. Selbstverständlich ist bereits prophylaktisch etwas zu erreichen. Statt der mehr oder minder grausamen revulsiven Methode ist die Anwendung der Kälte anzurathen. Blutentziehungen sind zu vermeiden, Calomel ist erfolglos. Jodkalium wäre wenigstens zu versuchen. Unter den Beruhigungsmitteln verdient Chloral in Verbindung mit Bromkalium den Vorzug. Aehnlich ist die Behandlungsweise der einfachen Meningitis.

In Fällen von *Gehirnhämorrhagie* (9. Cap.) sind Blutentziehungen am Platze, wenn sich Erscheinungen von Encephalitis einstellen; auch für die Anwendung der Drastica ist D. eingenommen. Strychnin scheint ihm nutzlos und gefährlich.

Den Folgeerscheinungen der *Embolie* stehen wir ganz machtlos gegenüber. Bei *hyperämischen Zuständen* des Gehirnes mögen Arsen, Jodkalium und Aconit, Diuretica und Purgantia (namentlich Aloe soweit, dass eigentlich eine leichte, fortwährende Diarrhoe besteht) angewendet werden, auch Blutentziehungen.

Die Krankheiten des *Rückenmarkes* (10. Cap.) sind einer erfolgreichen Behandlung äusserst unzugänglich; ohne viel auf die speciellen Formen einzugehen, seien einige allgemeine Anschauungen des Verf. wiedergegeben. Von grosser Bedeutung ist die revulsive Methode, namentlich die pointes de feu (Cautère Paquelin) und bei Erkrankungen in den

obersten Theilen der Medulla das Haarseil. Während Aetherzerstäubungen und die Application von Kälte am Rücken zu versuchen sind, muss die eigentliche Kaltwasserbehandlung häufig als ein zweischneidiges Schwert betrachtet werden. Bei der Anwendung der galvanischen Elektricität ist die Richtung des Stromes ohne Bedeutung. Von Medicamenten ist Strychnin als häufig schädlich zu vermeiden, Ergotin hat den Erwartungen nicht entsprochen, Jodkalium ist nur bei Syphilis von Nutzen, Bromkalium bei Reizzuständen häufig recht wirksam. — Vom Silber hat D. nie Erfolg gesehen, hingegen wird Phosphor sehr gelobt (Lösung von Phosphor in heissem Mandelöl oder Phosphorzink). Man beginnt mit 0,001 Phosphor (= 0,004 Ph. Zn.) steigt bis 0,01 pro die, bleibt 4 Tage auf der Maximaldosis, und beginnt nach 5 tägiger Pause von Neuem. Der Phosphor soll während der Mahlzeit durch Monate und Jahre hindurch genommen werden, ist aber bei Reizzuständen des Markes und bei Verdauungsstörungen zu vermeiden.

Verf. ist der Anschauung, dass die eigentliche Tabes dorsalis, von exceptionellen Remissionen abgesehen, unheilbar ist und progressiv zunimmt; selbstverständlich ist die luetische Tabes ausgeschlossen. — Kaltwassercuren befördern nur die Krankheit, während von Thermen doch mitunter eine günstige Wirkung gesehen wird.

Das vorliegende Werk enthält demnach gewissermaassen eine kritische Revision der gegenwärtig im Gebrauch stehenden Heilmethoden in vielen Nervenkrankheiten, und da es aus der Feder eines hervorragenden, erfahrenen Therapeuten stammt, schien es am Platze darauf näher einzugehen. Obersteiner (Wien).

---

428) **G. Amadei** (Imola): Sulla Craniologia degli epilettici. (Die Schädel Epileptischer.) (Arch. per l'Antropol. e la Etnologia. XII. B. 3. H.)

Lasségue hat angegeben, dass Epileptiker (wenigstens jene, bei welchen die Epilepsie, ohne durch sine besondere anderweitige Gehirnkrankheit bedingt zu sein, zwischen dem 10.—18. Jahre auftritt und eine Entwicklungskrankheit darstellt, welche unheilbar ist und weiterhin keinerlei Modificationen zeigt) ausnahmslos Schädelassymetrien leicht nachweisen lassen. A. hat eine grosse Anzahl von Schädeln solcher Epileptiker untersucht, und derartige Assymetrien (namentlich Plagiocephalie mit entsprechender Schiefheit des Gesichtes) allerdings häufig, aber keineswegs immer angetroffen. Hervorzuheben ist, dass in Folge der Assymetrie der Schädelbasis sich nicht selten auch Veränderungen am Foramen occipitale magnum zeigen; doch können diese umsoweniger in directe Beziehung zur Epilepsie gebracht werden, als dieselben abnormen Verhältnisse des Hinterhauptloches häufig genug auch an Schädeln von Nichtepileptikern vorkommen. Obersteiner (Wien).

---

429) **G. Amadei** (Imola): Crani d'assassini. (Mörderschädel.) (Arch. di psychiatria, scienze pen. ed. antrop. crimin. IV. B, 1. H.)

Verf. hat 4 Schädel von Mördern untersucht und führt nun eine Reihe morphologischer Eigenthümlichkeiten an, welche er an denselben angetroffen hat, und die auch als Zeichen psychischer Degeneration, speciell des Blödsinns, der Epilepsie und des periodischen Irrsinns gelten. Obersteiner (Wien).

---

430) **M. Benedikt** (Wien): Demonstration eines Verbrechergehirnes. (Sep.-Apdr. aus den Mittheilungen des Wiener med. Doctoren-Collegiums. IX. Bd. Nro. 12. 1883.)

Es handelt sich um das Gehirn des 32 Jahre alten Raubmörders Ladislaus Dobrowiski. Die Fissura parieto-occipitalis der l. Hemisphäre durchbricht beide Plis de passage, welche die Parietalwindungen mit dem Hinterhaupte verbinden; sie unterbricht sogar auch die Verbindungsbrücke zwischen der ersten Schläfenwindung und dem Occiput. Dasselbe Verhalten auch auf der anderen Seite. Ferner erkennt man an der l. Hemisphäre das Fehlen eines hinteren aufsteigenden Schenkels der Fissura sylvica. An der inneren Fläche der rechten Hemisphäre ist die Fissura parieto-occipitalis im engeren Sinne, wie bei den Primaten und bei einem von Giacomini beschriebenen Idioten von der übrigen Gabel getrennt, während die Fissura calcarina mit dem Stiel zusammenhängt. Es ist das Gehirn mithin hochgradig untertypisch. Ferner ist der Stirnlappen beiderseitig hochgradig verkleinert, während Paracentrallappen besonders links eine ungewöhnliche sagittale Ausdehnung hat. Ebenso ist beiderseits der mittlere Basillarlappen sehr verkümmert. Auch der Cuneus an der inneren Fläche des Hinterhaupts ist beiderseits gering entwickelt, während Gyri lingualis und fusiformis sehr stark sind.

Goldstein (Aachen).

---

431) **Gius. Amadei:** La Capacità del Cranio negli alienati. (Schädelcapacität bei Geisteskranken). (Riv. speriment. di fren. 1883. 1. H)

Wir haben bereits (vergl. diese Zeitschr. 1883. pg. 17.) nach einer kurzen vorläufigen Mittheilung auf diese Arbeit hingewiesen, welche nun an der angeführten Stelle in grosser Ausführlichkeit vorliegt, und zahlreiches Material mit vielem interessantem Detail darbietet.

Obersteiner (Wien).

---

432) **Silvio Tonnini** (Imola): Due casi simultanei ed omologhi di grande Isterismo. (Zwei gleichzeitige, homologe Fälle von Hysterie.) (Arch. ital. per le mal. nerv. 1883. 1. H.)

Von zwei innig befreundeten Mädchen bekam die jüngere (17 jährige) geistig begabtere plötzlich bei der Arbeit einen heftigen hys-

tero-epileptischen Anfall; bei dem älteren (19 jährigen) Mädchen die eben anwesend war, stellte sich, sobald sie die ersten Convulsionen bei ihrer Freundin sah, ein ganz ähnlicher Anfall ein.

An den zwei folgenden Tagen an denen die Mädchen beisammen blieben, stellten sich die Anfälle je einmal nahezu zur gleichen Zeit bei Beiden ein; als sie hierauf getrennt wurden, hörten die Anfälle bei der Jüngeren auf, dauerten aber bei der Aelteren fort. Nach einiger Zeit, wurden die Mädchen wieder zusammen gebracht, von diesem Tage an traten auch die Anfälle bei beiden regelmässig Abends auf; allein bald nahmen sie allmälig an Intensität ab, und hörten auch bei beiden Mädchen an demselben Tage auf.

T. meint daher, dass man in ähnlichen Fällen allerdings in der Höhe der Krankheit hysterische Personen, besonders solche, welche notorisch einen wechselseitigen Einfluss aufeinander ausüben, trennen müsse; anderseits aber sei es auch zu versuchen, wenn sich einmal bei einer oder bei beiden Kranken eine Besserung zeigt, ob nicht dann durch die gegenseitige Beeinflussung die gänzliche Heilung befördert werden könne. Obersteiner (Wien).

---

433) **Enr. Morselli e Gabr. Buccola** (Turin): Contributo clinico alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva. (Die primäre Verrücktheit.) (Giorn. della R. Accad. di Med. di Torino. 1883. 4—5. H.)

In einer längeren Arbeit (94 Seiten) geben die Verf. eine eingehende Darstellung der Lehre von der primären Verrücktheit; sie führen aus wie dieser Krankheitsform von den verschiedenen Autoren wechselnde Auffassung und verschiedene Namen zu Theil wurden, und dass dieselbe in Italien fast noch gänzlich ignorirt werde. Die primäre Verrücktheit ist wie keine andere Psychose im Stande Licht über den innersten psychologischen Mechanismuss gewisser Delirien zu verbreiten und damit auch den allgemeinen Process des Entstehens von Vorstellungen und Gefühlen aufzuklären.

Eine Anzahl sehr genau beobachteter und interessanter Fälle wird dann, in zwei Gruppen zusammengestellt, mitgetheilt. In der ersten Gruppe finden sich die Fälle originärer Verrücktheit, bei welchen der erste Beginn der krankhaften Delirien auf die frühesten Zeiten geistiger Entwicklung zurückzuführen ist, während die zweite Gruppe jene Fälle von primärer Verrücktheit umfasst, in denen, wenn auch häufig erbliche Belastung vorhanden ist, die Psychose sich erst in Folge einer Gelegenheitsursache (Trauma, acute Krankheiten, Klimakterium u. s. w.) herausbildete. Obersteiner (Wien).

---

434) **W. A. Hammond** (New York): The question of lucid intervals in insanity. (The journ. of nerv. & ment. disease Nro. 2. 1883.)

Unter lucidem Intervall ist ein vollkommenes Cessiren der Symptome und eine *völlige* Wiederkehr der Vernunft zwischen zwei Anfäl-

len einer geistigen Störung zu verstehen. In dieser Auffassung sind lucida intervalla sehr selten und „wahrscheinlich nur bei periodischen und epileptischen Formen und gewissen Varietäten von Monomanie und krankhaften Impulsen“ vorhanden. Bei ungenauer Beobachtung können einfache Remissionen allerdings damit verwechselt werden, es ist aber forensisch wichtig, diese Begriffe scharf von einander abzugrenzen, denn eine Remission schliesst keine Zurechnungsfähigkeit ein. Dass eine augenscheinliche Klarheit auch von längerer Dauer nur ganz oberflächlich sein kann, lehrt folgender Fall, den Verf. in New-York beobachtet hat: Ein Pat. wird von einem längeren Anfall von Manie anscheinend hergestellt, nimmt sein Geschäft wieder auf und kommt auf die Idee, sein Testament zu machen. Er schickt zu seinem Anwalt und setzt dasselbe in aller Form und mit anscheinend rationeller Disposition über sein beträchtliches Vermögen auf. Bald darauf erkrankt er von neuem, um abermals wiederhergestellt zu werden. Zwei Jahre später trifft er seinen Anwalt auf der Strasse. Er ladet ihn ein am Abend zu ihm zu kommen, um sein Testament aufzunehmen und ist erstaunt, als derselbe ihm mittheilt, er habe ein solches schon vor 2 Jahren gemacht. Er hat durchaus keine Erinnerung an diesen Vorgang, findet auch das ihm vorgelegte Testament gar nicht seinen Absichten entsprechend. Es wird von neuem aufgesetzt und weicht wesentlich von dem des damaligen „luciden Intervals“ ab.

Kron (Berlin).

---

435) **S. Danillo**: Recheres cliniques sur le role de la menstruation dans le cours des maladies mentales. (Der Einfluss der Menstruation auf den Verlauf der Geisteskrankheiten.) (Revue de medicine 1882. II. Bd.)

Die Menstruation bringt eine psychische Verschlimmerung in allen jenen Fällen hervor, in denen durch eine Reizung des Centralnervensystems überhaupt eine derartige Verschlimmerung erwartet werden darf; am meisten gilt dies für die erblich belasteten Kranken, und für solche, welche an einer die Menstruation beeinflussenden Erkrankung in der sexuellen Sphäre leiden.

Bei den reconvalescenten Kranken bildet die Zeit der Menstruation einen guten Prüfstein für den wahren psychischen Zustand; denn solange sich zu dieser Zeit eine, wenn auch nur vorübergehende Verschlimmerung beobachten lässt, darf eine gänzliche Wiederherstellung nicht angenommen werden.

D. hat 42 geisteskranke Frauen untersucht, unter diesen trat nur bei 28 die Periode regelmässig ein; von diesen letzteren konnte Verschlimmerung zur Zeit der Menses in *allen* Fällen beobachtet werden, in denen die beiden oben erwähnten Factoren (Heredität und Erkrankung der Geschlechtsorgane) oder wenigstens einer in höherem Grade nachzuweisen waren.

Die Symptomatologie dieser Verschlimmerungen wird eingehend erörtert.

Obersteiner (Wien).

---

436) **Gius. Sepilli** (Imola): Contributo clinico ed anatomo-patologico alla paralisi progressiva nella donna. (Progressive Paralyse bei Frauen). (Riv. speriment. di fren. 1883. 1. H.)

Auch beim weiblichen Geschlcht kann die progressive Paralyse mit dem gleichen Symptomencomplex und Verlauf, mit der gleichen Dauer und mit denselben pathologisch-anatomischen Veränderungen einhergehen, wie dies für die typischen Fälle beim Manne bekannt ist. Sexuelle Ausschreitungen und die Menopause stellen zwei sehr wichtige aetiologische Momente für die Paralyse der Frauen dar.

In mehreren Fällen fand sich bilaterale Neuritis optica.

Obersteiner (Wien).

---

437) **Eugén Konrád** (Budapest): Ueber das Verhältniss der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane zur Psychose. (Orvosi Hetilap Nro 24. 25. 1883.)

Verf. glaubt nach klinischen Erfahrungen behaupten zu können, dass die Affectionen der Genitalorgane bei irrsinnigen Frauen oft als somatische Grundlage figuriren. Bei der Section von 312 weiblichen Leichen (im Leopoldsfelder Irrenhause) waren die Sexualorgane in 102 Fällen pathologisch verändert. Die Coïncidenz ist wohl nicht immer Beweis des Causal-Nexus, jedoch ist ein ätiologischer Zusammenhang sowohl durch directe organische Einwirkung als durch indirecten Einfluss auf das geistige und affective Leben des Weibes sicher anzunehmen.

Schon physiologisch normale Functionen verursachen oft nervöse Symptome, ja selbst Psychosen z. B. das Puerperium, Gravidität, Lactation. Sogar der erste Coïtus kann eine Geisteskrankheit verursachen. Die Involution des Uterus, das Climacterium veranlasst das Entstehen von Neuralgien, Hysteropathien u. s. w.

Die Menstruation geisteskranker Frauen ist zumeist mit einer Steigerung der Krankheitssymptome verbunden.

Unter den functionellen Störungen sind eben desshalb die Abnormitäten der Periode, und zumeist die Menopause, Amenorrhoë welche nach Erfahrungen des Verf. in acuten Fällen zur Entstehung solcher Leiden führen oder beitragen, da nach Heilung solcher Fälle die Menstruation wieder eintritt, was dann als Criterium des Zusammenhanges gilt. Auch die Menrorraghien können durch ihren schwächenden Einfluss als accidentelle Factoren eine Rolle spielen. Consecutive Hirn-Anämien können direct auf das Gesammt-Nervensystem einwirken dann psychisch durch die damit verbundenen Angstzustände.

Die Suppressio menstrualis kann durch collaterale Fluxionen Psychosen herbeiführen; zumeist werden jedoch beide durch heftige affective Erregungen oder Krankheits-Zustände, die den Gesammt-Organismus tief erschüttern gleichzeitig verursacht. Auch schwere Geburts-Acte alteriren das Nervensystem; ferner die bei Weibern selte-

nere Masturbation, obschon letztere ab origine ein Symptom der Geisteskrankheit sein kann. Sie ist häufig mit Geruchs-Hallucinationen verbunden und der Puritus Vulvae spielt bei ihrer Entstehung eine grosse Rolle.

Unter den Local-Affectionen ist es wieder der chronische Uterus-Catarrh, der durch profuse Secretion, Hypertrophien, Excoriationen reflectorisch und direct psychopathische Dispositionen schafft, oder solche vermehrt; dann verursachen Lageveränderungen des Uterus durch circulatorische Hindernisse neurotische Folgen. Es sind Fälle bekannt wo ein Prolapsus uteri direct die Psychose auslöste, oder dass Melancholien nach Application von Pessarien heilten, nach Entfernung des letzteren, wiederkehrten.

Da die Sexual-Affectionen keinen specifischen Reiz auf das Nervensystem ausüben, wie z. B. Alcohol, werden die veränderlichen Formen durch andere Componenten, hauptsächlich aber nach der Specificität der individuellen Hirn-Structur sich gestalten.

Die erotischen und hysterischen Charakter-Züge die manche Autoren als Erkennungsmerkmale solcher sexual-psychotischer Zustände hinstellen, leugnet Verf. Manchmal verleihen schon locale Neuralgien des Genital-Apparates eine erotische Färbung, die sonst ohne jede sexuale Erkrankung durch abnorme Innervation vom Centrum aus besteht. Für die Unabhängigkeit des hysterischen Elementes von den Genital-Leiden führt Verf. die Daten von Danillo in's Feld, der unter 200 Frauen 162 mal solche Affecte fand, aber nur 11 mal Hysterie verzeichnen konnte.

Nach Verf. ist höchstens die Genital-Affection bei der Hysterie eine Gelegenheits-Ursache, welche eine fertige Disposition zur stärkeren Entwicklung befähigt; das Analogon der Pneumonie, welche bei Alcoholismus das Delirium tremens in die Scene ruft. Nach Verf. ist die neuro-psychopathische Mitgift der Hysterischen statistisch erwiesen. Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

III. Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 14. April 1883. (Originalbericht.)

438) **Arthur Irsai** (Budapest): *Ein Fall von geheilter Myelitis syphilitica.*

Der vom Vortr. vorgestellte Pat. war bis zum 24. Jahre vollkommen gesund; damals erwarb er sich am Praeputium ein Ulcus syphil. bubones, welche trotz aller Medication weitere Complicationen nach sich zogen und Jahre lang ihn belästigten. Nach 4 Jahren — im 28. Lebensjahre — bemerkte er ohne vorhergehende Erkühlung oder körper-

liche Anstrengungen Kribbeln an den Fusssohlen und Trochanteren, Ameisenkriechen, Ermüdung der unteren Extremitäten, erschwerten Gang, später absolute Unfähigkeit zum Gehen, Gleichgewichts-Störungen, Harnbeschwerden, die Defäcation war spontan, doch fühlte er seine Entleerungen nicht. Keine Kopf- Rückgrats-Schmerzen, keine Krämpfe.

Pat., auf die Koranyi'sche Klinik am 8. Februar aufgenommen, wurde vom 11. an einer antisyphil. Cur unterworfen. Nach 7 Injectionen schon trat auffallende Besserung sowohl motorisch als sensorisch ein. Dieselben wurden bis 10. März fortgesetzt — jedoch wegen eingetretener Salivation mit Unterbrechungen — und Pat. erhielt im Ganzen 22 Pravaz-Einspritzungen einer kochsalzigen Sublimat-Lösung. Darauf hörte die Ataxie ganz auf; die früher erhöhte Sehnen-Reflexe wurden normal; alle Bewegungen konnten mit den unteren Extremitäten ungehindert ausgeführt werden. Später wurde er einer Jod-Kalium-Behandlung unterzogen. Gang wird ganz normal und selbst nach längerem Gehen keine Ermüdung. Am 14. April Heilung vollkommen.

Die syph. Myelitis, die nach 4 jähriger Lues auftrat, begann mit paretischen Erscheinungen, die in 9 Tagen ihre Acme erreichten. Prodromal-Schmerzen waren nicht vorhanden auch keine febrilen Erscheinungen, und doch entwickelte sich rasch statische und locomotorische Ataxie, sensitive Störungen. Die bilaterale Ausdehnung und grosser Umfang des angegriffenen Gebietes, Erhöhung der Reflexe wiesen deutlich auf eine centrale Erkrankung hin und zwar der Lumbar-Partien des Rückenmarkes, da auch Blasen- und Mastdarmstörungen mitliefen.

Das akute Entstehen des Leidens ohne primäre Affection der das Rückenmark umgebenden Gebilden sicherten die Diagnose der Syphilis, die durch die Anamnese gestützt, durch das glänzende Resultat der erfolgten Heilung aber positiv erhärtet wurde.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

439) Aus Petersburg. *Bote für klinische Psychiatrie und Neuropathologie.* Redacteur Professor J. Mierszejewski. Jahrgang I. Heft 1. 1883. St. Petersburg, Ricker. 282 S. und 1 chromolithographische Tafel.

Das vorliegende Journal füllt eine sehr empfindliche Lücke in der ohnehin nicht reichen russischen medicinischen Journal-Literatur aus, weil es den Fachmännern Gelegenheit giebt, in einem Specialjournale ihre Arbeiten zu veröffentlichen und nicht in einer allgemein medicinischen Zeitung zu vergraben. Der Bote hat vor ähnlichen Unternehmungen den grossen Vortheil, dass er durch eine grosse und wohleingerichtete Klinik fortwährend neue Nahrung erhalten kann und dass der Redacteur Leiter

dieser Klinik ist. Dieser Umstand ist auch aus dem Inhaltsverzeichnisse ersichtlich, da fast alle Artikel von Schülern des Prof. Mierszejewski verfasst sind, wahrlich nicht zum Schaden des Ganzen.

Das Journal zerfällt in 5 Abschnitte 1) *klinische Psychiatrie,* 2) *Neuropathologie,* 3) *gerichtliche Psychiatrie,* 4) *Kritik und Bibliographie* (Referate) und 5) *Vermischtes.* Der erste Abschnitt enthält: 1) Materialien zur Psychopathologie der Pubertätsperiode von M. J. Drosnes, 2) Fall von temporärer Aphasie von Dr. S. N. Danillo, 3) Acutes Delirium, diffuse Entartung der Hirnarterien und herdförmige Erweichung der Hirnrinde von A. F. Erlitzki. Der zweite Abschnitt giebt: Originalien: Sclerosis lateralis amyothrophica von Prof. Mierszejewski und Privatdocent A. F. Erlitzki, über den Verlauf der pupillenverengernden Fasern im Gehirn und über die Localisation des Iriscentrums und der Augenmuskelbewegungen von Privatdocent W. M. Bechterew (bereits anderweitig abgedruckt), zur Casuistik der Hemianopsie von P. Rosenbach, Verlauf der Sehnervenfasern von den Corpp. geniculatis bis zu den Vierhügeln vom Privatdocent W. A. Bechterew und Encephalitis corticalis circumscripta chronica (Klinik von Charcot), vorläufige Mittheilung von S. N. Danillo. Der dritte Abschnitt bringt einen Aufsatz eines Juristen, L. S. Slominski über die Gesetzgebung in Bezug auf die Geisteskranken und das Resultat der Verhandlungen des psychiatrischen und juristischen Vereins in St. Petersburg wegen eines von der Regierung den Gesellschaften vorgelegten Paragraphen des neu zu bearbeitenden Criminalcodex über die Zurechnungsfähigkeit Angeklagter von A. E. Tschereschamski. Der 4. und 5. Abschnitt bringen Kritiken und Referate, sowie Neuigkeiten aus verschiedenen Gegenden.

Ref. behält sich vor, sobald als möglich Auszüge aus den interessanten Artikeln zu bringen. Hinze (St. Petersburg).

440) Aus Hamburg. Vom 4. bis 7. September d. J. wird hier die *IV. Konferenz für Idioten-Heil-Pflege* tagen. In den 3 Hauptversammlungen, die im kleinen Saale des Conventgartens stattfinden kommen zur Verhandlung:

1. Der Idiotismus vor Gericht, — eingeleitet von Pfr. Falch, Württemberg oder Direktor Barthold, M.-Gladbach. Mittheilung eines Rechtsfalles durch Direktor Barthold. Aktenmässige Darstellung des sog. Admont'schen Falles von 1861 durch den K. K. Bezirksarzt Dr. Knapp, Deutsch-Landsberg. Einleitung zur Erörterung der Frage: Kann ein konfirmirter Idiot vor Gericht einen Eid ablegen, resp. begründet die Konfirmation die Befähigung zum Zeugeneid? Direktor Barthold.

2. Welche Erfahrungen sind in Bezug auf die Unterbringung von Idioten in Landarmen- und Altersversorgungshäusern gemacht? Eingeleitet von Director Dr. Sengelmann, Alsterdorf.

3. Ueber Hülfklassen für schwachbefähigte Kinder. Lehrer Kielhorn, Braunschweig.

4. Die ätiologische Bedeutung der Trunksucht für die Idiotie. Direktor Dr. Kind, Langenhagen.

5. Ueber die Beziehungen zwischen Idiotie und Epilepsie. Dr. Wildermuth und Hausvater Koelle, Stetten.

6. Demonstration eines idiotischen Gehirns. Dr. Berkhan, Braunschweig.

441) Aus Koblenz. Das Schöffengericht zu Ehrenbreitstein verurtheilte am 17. August den morphiumsüchtigen Kaufmann M. aus V. weil er dem morphiumsüchtigen Herrn Z. Morphium abgelassen resp. eigenhändig injicirt hat, nach Anhörung eines von Dr. Erlenmeyer erstatteten Gutachten, zu M. 30 oder 3 Tagen Haft.

442) Jubiläen. Geh. Rath Prof. Dr. Budge in Greifswald, Geh. Rath Prof. Dr. Kramer in Halle a. d. Saale und Geh. Rath Director Dr. Hoffman in Frankfurt a. M, feierten in letzter Zeit das 50jährige Doctorjubiläum. Alle drei wurden durch Orden ausgezeichnet.

443) Statistik. Endlich hat das Cultus-Ministerium dem wiederholten Drängen der deutschen Irrenärzte nachgegeben und die Bezeichnung der Krankheitsformen auf den Zählkarten der Irrenstatistik geändert. Die Verbesserung gegen das frühere Schema liegt in der Aufstellung der „einfachen Seelenstörung". Aber wo sollen die Formen des finalen Blödsinns, der finalen Verwirrtheit, die cyclischen und andere *nicht einfache* Formen rubricirt werden? Vielleicht fehlt in dem mir vorliegenden Schema zufällig die dafür nothwendige Rubrik. E.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. d. Saale (Prov.-Irren-Anst.) II. Arzt, 3000 M., freie Fam.-Wohnung, Garten etc. 2) Merzig, Assistenzarzt, 1200 M. fr. St. 3) Dalldorf, Oberarzt, 6000 M. (einschliesslich der Emolumente). 4) Basel, Irrenklinik, Assistenzarzt, sofort. 5) Görlitz, (Privat-Irrenanstalt von Dr. Kahlbaum) Assistenzarzt. 6) Schwetz (Westpr. Prov.-Irrenanstalt), II. Arzt, 1. October. Gehalt 2100 Mark bei freier Station. 7) Dalldorf, Volontairarzt, 15. Septbr. 600 M. 8) Kreisphysicate: Graudenz, (Marienwerder).

Besetzte Stellen. Sachsenberg, II. Assistenzarzt Herr Dr. Nebel aus Drengfurt.

Personalveränderungen. Altscherbitz, Assistenzarzt Dr. Doniges in die Praxis übergetreten. Volontairarzt Dr. Hahn zum Assistenzarzt befördert. Zum Volontairarzt ernannt Dr. Werner, bisher Volontairarzt in Leubus.

Ernannt. Dr. Bandorf II. Arzt der Kreis-Irren-Anstalt zu München zum Director der Irr.-Anst. in Gabersee. Dr. Höchst in Wetzlar zum Kr.-Phys. daselbst.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten, für die eingesandten bester Dank abgestattet.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Erlenmeyer: Coordinationsstörung im Kindesalter.

Lith. L. Kessler, Coblenz.



Monatlich 2 Nummern, jede 1 1/2 Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben und redigirt von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 15. September 1883. Nro. 18.

INHALT.

I. REFERATE. 444) Rumpf: Ueber die Einwirkung der Narcotica auf den Raumsinn der Haut 445) Klinkenberg: Der Raumsinn der Haut und seine Modification durch äussere Reize. 446) Spanke: Untersuchungen über den Einfluss galvanischer Ströme auf die Sensibilität der Haut. 447) Roth: Neuritis disseminata acutissima. 448) Vierordt: Zur combinirten Degeneration der Vorderhörner und Seitenstränge des Rückenmerks. 449) Greiff: Ueber diffuse und disseminirte Sklerose des Centralnervensystems und über die fleckweise glasige Entartung der Hirnrinde. 450) Edinger: Untersuchungen über die Zuckungscurve des menschlischen Muskels im gesunden und kranken Zustande. 451) Riegel: Zur Lehre von den hysterischen Affectionen der Kinder. 452) Landau und Remak: Ein Fall von Ovariotomie bei hysterischer Hemianästhesie· 453) Paster: Ueber Beri-Beri. 454) Baierlacher: Ueber electrische Behandlung der Gastralgien und Enteralgien. 455) Müller: Fall von Trigeminuslähmung. 456) Unverricht: Experimentelle Untersuchungen über die Epilepsie. 457) Berkhan: Ueber das Stottern, seine Beziehung zur Armuth und seine Behandlung. 458) Kerlin: The Epileptic Change and its Appearance among Feeble-Minded Children. 459) Mann: A Case of Multiple Abscesses of the Brain. Slight Epileptiform Convulsions. Absence of other Cerebral Symptoms. 460) Kingsburg: Microscopical Examination of the Brain & Spinal Cord of an Epileptic. 461) Crothers: A Case of Trance in Inebriety. 462) Crothers: Inebriety from a Medical Standpoint. The Study of a Case. 463) Reverchon: La famille Lochin: 464) Biante: Note sur les traumatismes de l'oreille. 465) Rousseau: Fièvre intermittente d'origine émotive. 466) Baillarger: Accès de mélancolie débutant à l'époque des règles, intermittence des symptômes. Guérison par le sulfate de Quinine. 467) Rousseau: Mutilation volontaire pendant un accès de folie alcoolique et par suîte d'une conception délirante hypochondriaque. 468) Cullerre: La démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel etc. 469) Dagonet: Hémorrhagie cérébrale à foyers multiples chez un paralytique général. 470) Camuset: Un cas de mort par hémorrhagie cérébrale dans le cours d'une paralysie générale. 471) Foville: Délire aigu paralytique. 472) Bécoulet: Ueber No-restraint. 473) Foville: Note sur la mégalomanie ou lypémanie partielle avec prédominance du délire des grandeurs. 474) Camuset: Un cas de dédoublement de la personnalité. 475) Dagonet: Tumeur du cervau avec aliénation mentale. 476) Dontrebente: Folie à double forme. 477) Taguet: Contribution à l'étude du délire intermittent. 478) Lafitte: Paralysie générale à double forme. 478) Challand: Auszug aus dem Bericht des Departements des Innern des Waadtlandes für das Jahr 1882 über die Irren-Anstalt Cery.

II. VEREINSBERICHTE. 480) Christian: Du délire fébrile chez les aliénés. 481) Bourdin: Autonomasie et Aphasie. 482) Regis: Notes sur un cas d'hallucinations unilaterales de l'ouie.

III. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 483) Aus Berlin. PERSONALIEN.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Post-Abonnement auf das IV. Quartal 1883 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

I. Referate.

444) **Th. Rumpf** (Bonn): Ueber die Einwirkung dor Narcotica auf den Raumsinn der Haut. (Sep.-Abdr. aus d. Verhandlungen des Congresses f. innere Medicin 1883.)

445) **E. Klinkenberg:** Der Raumsinn der Haut und seine Modification durch äussere Reize. (Diss. Bonn 1883.)

446) **C. Spanke:** Untersuchungen über den Einfluss galvanischer Ströme auf die Sensibilität der Haut. (Diss. Bonn 1883.)

Rumpf und seine Schüler unternahmen eine Reihe neuer Untersuchungen über die Sensibilität der Haut, ihre Schwankungen, und über den physiolog. Transfert. Nach einer subcutanen Einspritzung von 0,01—0,015 Morphium liess sich schon nach 6—10 Minuten eine meist über den ganzen Körper sich erstreckende Herabsetzung des Raumsinnes, die im Laufe einer Stunde ihr Maximum erreichte nachweisen. Eine locale Wirkung um die Injectionsstelle herum liess sich nicht erkennen, vielmehr schien im Anfange, wohl in Folge des Stichreizes, die Sensibilität dort um ein Weniges erhöht. Auch bei der durch Frottiren der Haut entstandenen schmerzhaften Hyperästhesie, wobei die Sensibilität höhere Werthe aufwies, wurde durch Morphiuminjection unter die Haut eines Armes, in kurzer Zeit die Sensibilität des gesammten Körpers und auch der hyperästhetischen oberen Extremitäten herabgesetzt. Diese Herabsetzung war an der Stelle der Injection aber nicht stärker, ging sogar etwas langsamer, als am anderen Arm zurück. Einen geringen Einfluss auf den Raumsinn der Haut ergab Chloralhydrat; Alcohol in Dosen von 40 gr. setzte die Sensibilität, namentlich des Unterkörpers herab; Bromkalium ergab eine sehr bedeutende Herabsetzung, dagegen wurde bei Extract. Hyosciami keine beträchtliche Wirkung constatirt. Mit dem Cannabin. tannic. gelang es, ganz beträchtliche Herabsetzung zu erzielen, während Coffein in Dosen von 0,05—0,1 gleichzeitig mit einem Aufguss von 34 gr. Kaffee genommen innerhalb weniger Minuten die Sensibilität beträchtlich erhöhte.

Klinkenberg, der an gesunden Personen verschiedener Stände operirte, fand zunächst eine nicht unbedeutende Erhöhung der Werthe des Raumsinnes bei längerer Untersuchung. Dieselbe muss daher als ein nicht indifferenter Reiz betrachtet werden und darf man bei derartigen Experimenten in je einer Sitzung nur kurze Zeit und wenige Körperstellen verwenden. Die von K. aufgestellte Normaltabelle gibt ungefähr dieselbe Werthe, wie sie früher von Weber mitgetheilt sind. Der bedeutende Unterschied an Volar- und Dorsalfläche von Hand und Fuss ist durch die Uebung bedingt. Die Feinheit des Raumsinnes hetrachtet K. überhaupt als proportional dem Maasse der Uebung. Ferner fand K., dass eine warme Umgebungstemperatur den Raumsinn der Haut beträchtlich erhöht, während eine kalte denselben herabsetzt. Die früher schon von Rumpf angegebene Abnahme bei Anämie und Steigerung bei Hyperämie wurde von Verf. durch neue Versuche bestätigt. Auch die Erscheinungen des physiologischen Transfert wurden geprüft und richtig befunden.

Spanke fasst die Ergebnisse seiner Versuche folgendermassen zusammen:

1) Unter der Einwirkung des constanten Stromes auf die Sensibilität der Haut tritt unter der Anode eine Herabsetzung unter der Kathode eine Erhöhung des Raumsinnes ein. Dieser Satz steht in Widerspruch mit Eulenburg's (siehe d. Centralbl. Nro. 16) Angabe, der im Anoden- wie Kathodenbade eine Erhöhung fand. Verf. glaubt, dass E. die Erhöhung, welche durch das Bad selbst bedingt wird, übersehen hätte und so die Herabsetzung der Anodenwirkung nicht bemerken konnte.

2) Diese Veränderungen des Raumsinnes folgen der Schliessung des Stromes im Allgemeinen nicht augenblicklich und verschwinden ebensowenig momentan.

3) Der unter Einwirkung des galvanischen Stromes entstandene Electrotonus der sensibeln Nervenendigungen ruft in weniger naher Umgebung die entgegengesetzte Modification hervor.

4) Nach dem Aufhören des Katelectrotonus tritt mehr weniger rasch eine negative Modification ein und umgekehrt; beide Veränderungen kehren unter Schwankungen zur Norm zurück.

5) Jede electrotonische Veränderung des Raumsinnes der einen Seite ruft auf der andern die entgegengesetzte Modification hervor und dieser Transfert betrifft auch die secundäre Erhöhung oder Herabsetzung der ersten Seite.

6) Die Stärke des Stromes scheint in sofern von Einfluss zu sein, als durch einen kräftigern Strom die electrotonischen Veränderungen und ihre Folgeerscheinungen um so rascher auftreten (und vielleicht auch rascher verschwinden). Goldstein (Aachen).

---

447) **M. Roth** (Basel): Neuritis disseminata acutissima. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. Jahrg. XIII. 1883. Nro. 13.)

Nachdem Verf. eine kurze Zusammenstellung über die Histologie der Nervenfasern gegeben hat, theilt er eine sehr interessante Krankengeschichte von Dr. Munzinger in Olten mit. Ein 25 Jahre alter Fabrikarbeiter Gottlieb Schibler, wurde am 2. Febr. 1882 Nachts in den Unterleib gestochen. Vorgefallene Dünndarmschlingen wurden reponirt, Wunde mit den Cauteln der neuen Wundbehandlung vernäht etc. Wundverlauf gut. Am 15. Febr., also am 13. Tage, stellte sich linksseitige Parotitis, am folgenden Tage Facialislähmung ein. Leichtes Fieber. Am 22. Febr. Spaltung des Parotisabscesses, wonach Schwerhörigkeit, eitriger Ohrenfluss, Facialislähmung (totale) bestehen bleibt. Erstere beiden Erscheinungen schwinden, während letztere keiner Medication weicht. Plötzlich, 40 Tage nach der Verletzung, treten Schlingbeschwerden auf, denen rasch Zungenlähmung, Aphonie und mit zeitweiligen Formicationen verbundene Parese der Extremitäten nachfolgte. Unter zunehmenden Lähmungserscheinungen, welche auch die Respirationsmuskeln und das Herz betrafen, erfolgte der Tod am 46. Tage bei erhaltenem Bewusstsein, das überhaupt nie getrübt gewesen war. Die vom Verf. ausgeführte Section gab über Sitz und

Ursache der Lähmung keine Aufklärung; die microscopische Untersuchung jedoch liess das periphere Nervensystem als Sitz der Lähmung erkennen. Die an demselben gefundenen pathologischen Veränderungen waren a) parenchymatöse: Zerfall der Myelinscheide bis zur ausgesprochenen Fettdegeneration, Axencylinder unregelmässig geschwollen, erhalten oder fehlend; die Kerne der Ranvier'schen Segmente und das umgebende Protoplasma sind vermehrt, die Schwann'schen Scheiden öfters auf längere Strecken mit rundlichen und länglichen Zellen erfüllt, von dem viele Myelin oder Fett enthalten. b) interstitielle: Das intrafasciculäre Bindegewebe ist mit kleinen, Lymphkörperchen ähnlichen Rundzellen und mit grösseren rundlichen, eckigen oder spindelförmigen Elementen durchsetzt, von denen manche Fetttropfen enthalten. Stellenweise ist die Zellenwucherung besonders stark längs den Blutgefässen und unter der lamellären Scheide. Die Localisation des pathologischen Processes ist sehr verschieden, erkrankte Nerven wechseln mit nicht erkrankten. Sensibele wenig, motorische stark betheiligt. Von Hirnnerven ist N. II. und VIII. normal, N. V. wenig betheiligt, dagegen enthält N. VII. nur wenige normale Fasern. N. IX. wenig, ebenso X. dagegen stark, dessen Ram. recurrens. N. XI. und XII. sehr verändert. Von den Rückenmarksnerven sind vordere und hintere Wurzeln wenig betroffen, in den feineren Aesten des musc. pector. major stark degenerirte Nervenfasern. Der pathologische Process in den peripheren Nerven wird als Neuritis parenchymatosa und interstitialis (intrafascicularis) aufgefasst. Gedeutet wird der Fall als Reflexlähmung. Fortsetzung des Processes von der Parotis auf die benachbarten Nerven und von denen auf fernere Nerven. Dieser Reflexlähmung fehlt allerdings die Myelitis als Mittelglied, sie findet ihre wesentliche anatomische Begründung in der disseminirten Neuritis. Goldstein (Aachen).

---

448) **Oswald Vierordt** (Leipzig): Zur combinirten Degeneration der Vorderhörner und Seitenstränge des Rückenmarks. (Arch. f. Psych. XIV. 2. pag. 391.)

Verf. beobachtete den Fall, den er geneigt ist unter die Leyden'schen „*amyotrophischen Bulbaerparalysen*“ zu gruppiren, bei einem männl. Individuum unter folgenden Symptomen: „Allmählig auftretende Schwäche und später hinzukommende Atrophie der Extremitätenmuskulatur, mit Entartungsreaction, ohne eine Spur von Contracturen, aber mit erhaltenen Patellarsehnenreflexen. In einzelnen Muskeln . . . totale Lähmung bei mässiger Atrophie. Rheumatoide Schmerzen. Sensibilität, Blase, Mastdarm intact. Keine bulbären Erscheinungen.“ Tod nach 6 Jahren an einer intercurrenten Krankheit.

Die Section ergab: „Höchstgradige Degeneration der grauen Vorderhörner (fast totaler Ganglienzellenschwund) besonders in den Anschwellungen im Lendenmark; vermuthlich die älteste. — Hochgradige, zieml. sicher jüngere Degeneration der Pyramiden-Seitenstrangbahnen vom Lendenmark bis zur Decussation. Mässige Degeneration in der vorderen gemischten Seitenstrangzone. Degeneration der motorischen Nerven und der Muskeln. Langreuter (Dalldorf).

---

449) **F. Greiff** (Heidelberg): Ueber diffuse und disseminirte Sklerose des Centralnervensystems und über die fleckweise glasige Entartung der Hirnrinde. (Arch. f. Psych. XIV. 2. pag. 286.)

1. Eine 43 jährige hereditär nicht belastete Frau bot im April 1881 das unverkennbare Bild der progr. Paralyse, nachdem sie einige Monate zuvor unter den gewöhnlichen Symptomen erkrankt war. Das sonst typische Krankheitsbild wurde in den letzten Monaten durch Auftreten von immer stärker werdendem Intentionszittern des Kopfes und der Extremitäten, ferner durch eine ausserordentlich gesteigerte Reflex- und mechanische Erregarkeit von Muskeln und Nerven complicirt. Contracturen und Paresen der Extremitäten. Tod nach im Ganzen 2jähriger Dauer.

Section. Pia verdickt und durchfeuchtet, mit der Hirnrinde verwachsen. Starke Atrophie der Windungen, bes. im Stirnlappen. Hydrocephalus internus. Hirn- und Rückenmarkssubstanz derb und elastisch.

Frische Zupfpräparate mikroscopisch untersucht ergaben für Stirn und Centralwindungen ein granulirtes von feinen Fibrillen durchsetztes Grundgewebe mit eingestreuten Spinnenzellen. Ganglienzellen oft stark pigmentirt, abgestumpft. Gefässe erweitert, deren Wände mit zelliger Wucherung. Der Prozess tritt an den Occipital- und Parietallappen mehr zurück. Das frisch untersuchte Rückenmark zeigt zähes Gewebe, verdickte Gefässe und in beiden Hinterseitensträngen Körnchenzellen und Corpora amylacea. Nach der Härtung des Gehirns in Müller'scher Flüssigkeit treten an der Grenze zwischen Mark und Rinde — bereits makroscopisch sichtbar — glasige Streifen von höchstens 2 mm. Breite und 7 mm. Länge auf; am zahlreichsten in den Centralwindungen. Mikroscopisch erkennt man in diesen Streifen meist ein verdicktes Gefäss mit glasigen Wandungen; das diese Gefässe umgebende Gewebe besteht in feinkörniger Zwischenmasse. Ganglienzellen ebenfalls glasig verändert. — Ueber die Reaction auf Farbstoffe s. das Original. — Im Uebrigen findet sich im Gehirn (bes. Stirntheil) diffuse Sclerose. Im Rückenmark fanden sich neben mehr diffuser, von der verdickten Pia ausgehender Vermehrung bindegewebigen Gerüsts noch strangförmige Degeneration der Pyramidenbahnen und schliesslich disseminirte sklerotische Partien. An Pons (verkleinert) und Medulla mässig diffuse Sclerose.

Verf. rechnet vorstehenden Fall zu der von Simon zuerst beschriebenen *fleckweisen glasigen Entartung der Hirnrinde.* In Bezug auf die sclerosirten Partien gehört er zu den *Combinationsformen von multipler Sclerose und progress. Paralyse.* Dahin gehört auch der von Greiff im Anschluss mitgetheilte.

2. Fall: „Bei einem männl. Individuum tertiär syphilitische Symptome von einem 1879 aquirirten Schanker. 1875 Parese der Sphinkteren. Schwäche und Zittern in den Beinen. Sprachstörung. Symptome der progr. Paralyse Anfang 1879. Typischer Verlauf derselben unter geringen motorischen Störungen bis zum Exitus letalis im September 1881. Anatomisch: diffuse Sklerose des Gehirns; chro-

nische Leptomeningitis spinalis; diffuse Sklerose des Rückenmarks; disseminirte sklerotische Herde in den verschiedenen Strängen."

Langreuter (Dalldorf).

---

450) **Edinger** (Giessen): Untersuchungen über die Zunkungscurve des menschlichen Muskels im gesunden und kranken Zustande.

(Zeitschr. f. kl. Medicin Bd. VI. Heft 2.)

Verf. berichtet am Schlusse seiner ausführlichen Arbeit, dass die Untersuchung der Muskelcurve Differenzen zwischen den Muskeln gesunder und kranker Menschen ergebe und dadurch einen Einblick in das Wesen mancher Leiden zeigt. An Gesunden ergeben sich nach dem Verf. folgende Resultate: Die Zuckungscurve des quergestreiften Muskels des Menschen hat dieselbe Form, wie die mit dem Helmholtz'schen Myographium aufgenommene thierischer Muskeln. Die Latenzzeit beträgt etwa $^1/_{200}$ Secunde, selten weniger, meist etwas mehr. Nach etwa 0,04 Secunde ist der höchste Punkt der Zuckung erreicht und die Curve fällt bald mehr, bald weniger rasch ab, um nach durchschnittlich $^1/_2$ Secunde vollendet zu sein. Die verschiedenen Extremitätenmuskeln zeigen hierin alle die gleichen Verhältnisse. Unter pathologischen Verhältnissen können Veränderungen der Curve auftreten, die meistens die Latenzzeit, seltener die Form der Curve betreffen. Verlängerung der Latenzzeit boten Muskeln, welche sich durch secundäre Rückenmarksdegeneration in Contractur befanden. 3 Fälle nach Hirnhaemorrhagie; ferner ein Fall von Tabes und ein Fall von progressiver Muskelatrophie; 2 mal (bei Caries der Wirbelsäule und Myelitis im Halsmark mit absteigender Pyramidendegeneration) wurden normale Zahlen gefunden; ferner konnte bei der multiplen Herdsclerose nichts von der normalen Curve Abweichendes gefunden werden. Bei atrophischen Muskeln ankylotischer Glieder wurde Verlängerung der Latenzzeit, bei Icterus und Diabetes Verlängerung der Zuckung gefunden.

Goldstein (Aachen).

---

451) **Franz Riegel** (Giessen): Zur Lehre von den hysterischen Affectionen der Kinder. (Zeitschrift f. klin. Medicin. Bd. VI. H. 5.)

Verf. theilt 5 Fälle von Hysterie bei Kindern mit, die interessant sind einmal durch die überraschend schnelle Heilung schwerer Symptome und dann dadurch, dass 3 von ihnen Knaben betrafen. Kurz wiedergegeben waren die Fälle folgende:

1) B. Carl 12 J. alt, soll früher gesund gewesen sein; erkrankte 8 Wochen vor seiner Aufnahme mit Fieber und Schmerzen in beiden Kniegelenken. Da jeder Versuch, die Gelenke zu strecken, heftige Schmerzen hervorrief, so wagte Pat. dasselbe nicht mehr und konnte nach 4 Wochen mit Krücken sich nur mühsam vorwärts bewegen. Der Status ergab, dass der Junge die Beine steif im Knie in flectirter Stellung hielt, so dass nur die Fussspitzen eben den Boden berührten. Keine Veränderung in den Kniegelenken. Bei Ablenkung der Aufmerksamkeit gelang am folgenden Tage die Flexion im Kniegelenk ohne besonderen Schmerz. Durch einen plötzlichen Reiz, bewirkt durch den electrischen

Pinsel eines Inductionsapparates über den Rücken, springt Pat. vom Stuhle auf und läuft an's Fenster. Von da ab blieb er geheilt.

2) H. Friedrich, 15 Jahre alt, ziemlich kräftig; hat gastrisches Fieber, Masern und Wasserblattern früher durchgemacht. Erkrankte etwa 2 Monate vor der Aufnahme mit Brechneigung, Kopfschmerzen und Schmerzen im Unterleibe. Wahrscheinlich gastrisches Fieber. Als er zur Schule gehen wollte, knickte er nach einem Weg von 20 Minuten in die Beine und fiel um. Nach 4 tägiger Bettruhe dasselbe bei einem Versuche zu gehen. Wann die leichten Contractionen aufgetreten sind, weiss Pat. nicht anzugeben. Status: Beide Unterschenkel in den Knieen schwach gebeugt, activ nicht streckbar; keine Schmerzen. Am andern Morgen Strecken der Kniee bei leichten Schmerzensäusserungen. Electrischer Pinsel bei starkem Strome auf die Haut beider Schenkel und des Rückens nur kurze Zeit, hatte den Erfolg, dass Pat., wenn auch etwas stampfend, sofort gehen konnte.

3) S. Adolpf, 10 J. alt, war früher immer gesund, intelligentes Kind. Vor 1 Jahre Masern mit Bronchitis als Nachkrankheit. Seit dieser Zeit Schwäche in den unteren Extremitäten. Krämpfe der oberen und unteren Extremitäten traten auf. In letzter Zeit wiederholt Schmerzen in beiden Oberschenkeln. Status: Kleiner, aber kräftig entwickelter Knabe. Patellarreflexe etwas gesteigert. Knickt in den Knieen ein. Am anderen Morgen Krampfanfall in regellosen, krampfhaften Bewegungen der Extremitäten und Drehbewegungen des Rumpfes bestehend, Augen währenddem geschlossen. Bewusstsein erhalten. Electrischer Pinsel: sofortige Sistirung der Krämpfe. Bei klinischer Vorstellung desselben Tages bewirkte farad. Strom, dass Pat. gehen kann.

4) S. Johanna, 8 Jahre alt, Anamnese der Angabe des Vaters entnommen, Krankheit hat plötzlich mit Schmerzen im Nacken, Rücken und beiden Seiten begonnen, die am 3. Tage zum ständigen Liegen im Bette führten. Leise Berührung des Körpers schmerzhaft, l. Fuss nahm Spitzfussstellung an. Status: Pat. ist lebhaft, intelligent, liegt in passiver Rückenlage im Bett, l. Bein im Kniegelenke flectirt, l. Fuss in Equinovarusstellung. Aufrichten im Bette langsam unter Aufstützen der Hände. Vom oberen Hals- bis letzten Brustwirbel ist Berührung des Rückgrates schmerzhaft; ebenso Berührung der Haut zu beiden Seiten der Wirbelsäule. Arme werden zitternd bis zur Horizontalen bewegt. Kind muss gefüttert werden. R. Bein kann in Rückenlage nur wenig gehoben werden, l. Bein sehr schmerzhaft. Am folgenden Tage Versuch, das Kind auf den Boden zu stellen; hält sich krampfhaft am Bettrande fest. Füsse passiv in richtige Stellung gebracht; geht unbeholfen, wenn es an beiden Armen unterstützt wird. Am folgenden Tage führt es zitternd die Tasse zum Mund. Geht einige Schritte. Täglich farad. Strom. Gehversuche gelingen immer besser. Nach 8 Tagen läuft sie ihrem Vater entgegen. Nach weiteren 8 Tagen geheilt entlassen.

5) B. Catharina, 14 Jahre alt, Krankheit dauert fast 2 Jahre. Müdigkeit, Schmerzen auf Brust und im Kopf. Vor etwas mehr als 1 Jahre Krämpfe mit Zuckungen und beschleunigter Respiration. Regelmässig in letzter Zeit zwischen 7 und 8 Morgens und 1—2 Uhr Nachmittags. Seit Beginn der Krämpfe bis zur Aufnahme hat Pat. nichts mehr geredet, muss gefüttert werden. Vor 2 Monaten haben Krämpfe an Intensität zugenommen, es bestehen Contracturen in beiden Beinen; starker Speichelfluss.

Status: Pat. liegt fast ringförmig zusammengekauert im Bette. Beugecontractur der Finger, die sich leicht lösen lässt. Rücken nach vorne gebeugt, Knie flectirt. Augen gschlossen. Athmung 72 in der Minute. Contractur der Beine mit einiger Gewalt zu heben. Auf Anrufen reagirt Pat. nicht. Nadelstiche werden anscheinend nirgends empfunden. Kein Fusssohlenreflex, keine Steigerung der Patellarreflexe. Auf farad. Pinsel reagirt Pat. mit Schmerzensäusserung. Am folgenden Tage liegt Pat. in normaler Rückenlage im Bette. Unter psychischer Behandlung und farad. Strom vermag sie schon einige leise Worte zu sprechen, hebt und streckt die Beine, öffnet die Augen etc. Dieselbe Behandlung und kalte Abreibungen vermögen, dass Pat. nach 4 Monaten als geheilt entlassen werden kann.

Fall 1 wird als seltener Fall von hysterischer Paralyse und Contractur bei Knaben im Anschluss an eine schmerzhafte Gelenkaffection aufgefasst; bei Fall 2 handelt es sich ebenfalls um eine functionelle Lähmung, um eine Paraplegie nach acuter Krankheit. Beide Fälle erinnern in ihrer plötzlichen Heilung an die Gelenkneuralgien Strohmeyer's und Esmarch's. Fall 3 zeigt deutlich die Züge der Hysterie. Der Zusammenhang mit Masern und Bronchitis ist kein directer. Fälle 4 und 5 sind schwere Formen der Hysterie, eine dem letzten ähnliche Form findet man nicht häufig bei Erwachsenen. Die Erfolge der psychischen Behandlung, die bei allen so eclatant auftrat, schreibt Verf. in erster Linie der Hospitalbehandlung zu. (Für die letzten beiden Fälle scheint das mehr zutreffend zu sein, da auch bei den ersten 3 in der Privatbehandlung, wenn energisch in der Weise des Verf.'s vorgegangen wäre, der Erfolg wohl nicht ausgeblieben sein würde. Ref.)

Goldstein (Aachen).

---

452) **L. Landau** und **E. Remak** (Berlin): Ein Fall von Ovariotomie bei hysterischer Hemianästhesie. (Zeitschr. f. klin. Medic. Bd. VI. H. 5. 1883.)

An die Krankengeschichte der unverheiratheten und nulliparen Marie Bork, gen. Schlegel, welche durch die Tagebuchaufzeichnungen R. Remak's, durch die unter ihm 1862 verfasste Dissertation von Hertel, durch die Beschreibung von P. Guttmann 1869 zum grössten Theil bekannt gemacht wurde, schliessen die Verf. ihre Bemerkungen an. Die Kranke kam in Behandlung von E. Remak am 13. April 1876. Sie stammt von einem geisteskranken Vater, erlitt im 15. Jahre eine Verwundung der r. Stirnhälfte durch einen Steinwurf, in Folge dessen 6 Wochen lang Gehirnentzündung. In demselben Jahre Lungenentzündung, oftmals Bluthusten. Menstruation im 18. Jahre unregelmässig bis zum 46., wo sie cessirte. Lähmung und Gefühllosigkeit des l. Beines nach nochmaliger Lungenentzündung im 20. Jahre. Linksseitige schmerzhafte Bauchgeschwulst. Als Kranke 29 Jahre alt zu R. Remak kam, hatte sie seit fast 9 Jahren Verziehung der Zunge nach rechts, zeitweilige Aphonie, Anfälle von Dyspnoë und Erbrechen, Krampfhusten, allgemeine Krämpfe. Seit 1 Jahr Lähmung des l. Armes, die von R. R. als Neuritis gedeutet wurde. Die Bauchgeschwulst wurde von Martin als Ovarialtumor diagnosticirt. Im Mai 1882 plötzlich Photophobie und heftiger Blepharospasmus duplex, in Folge dessen A. v.

Graefe 5 Nervendurchschneidungen, unter anderen der Nn. zygomatico-temporales ausführte. Bis dahin hatte der Ovarialtumor sozusagen die ätiologische Führerrolle gespielt, seit Guttmann's Beschreibung 1865 übernahm diese Rolle die Narbe an der rechten Stirnhälfte. Anästhesie des l. Armes und später auch des Beines, dann der rechten Körperhälfte reihten sich an Schmerzen in der Narbe an. Tägliche hysterische Krämpfe von 1865—1868 auf der Griesinger'schen Nervenabtheilung. Excision der Narbe 1868, Resection des r. n. supra orbitalis — allgemeine Krämpfe blieben aus und kehrten nicht wieder. Von 1868—1882 war Pat. in keinem Krankenhause. Als sie zur Beobachtung E. Remak's kam, litt sie an Aphonie, Dyspnoë bei beschleunigter Respiration, an Schmerzen in der Bauchgeschwulst, Uebelkeit und Erbrechen, zusammenschnürender Empfindung im Magen und in der Halsregion. Neben diesen wandelbaren Symptomen bot die Kranke noch constante Ausfallserscheinungen der sensiblen und motorischen Sphäre. An der ganzen linken Körperhälfte genau bis zur Mittelline ist das Empfindungsvermögen für Berührungen, Nadelstiche, Wärme und Kälte und electrocutane Reizungen aufgehoben. Die electromusculäre Sensibilität fehlt dort vollständig. An dieser Hemianästhesia sinistra sind ebenfalls bis zur Mittellinie die Schleimhäute der Nase, des Mundes, der Zunge, des Mastdarmes und der Vagina betheiligt. Geruch und Geschmack fehlen links, Pat. hört und sieht aber rechts schlechter als links. Galvanisation und Faradisation sind wirkungslos gegen die Hemianästhesie. Torpor der Hirnhälfte, die der hemianästhetischen Seite entspricht (M. Rosenthal). Motorische Störungen im Bereiche der Cerebralnerven sind beiderseitige leichte Ptosis, partielle Parese einzelner Oculomotoriusäste. Mangel jedes binoculären Sehens mit atypischen Doppelbildern. L. Mundwinkel hängt eine Spur, uvula steht stark nach links, Zunge wird in stark nach links convexem Bogen ad maximum nach rechts hervorgestreckt. An den linksseitigen Extremitäten bedeutende motorische Schwäche. Kranke kann ohne Krücken nicht gehen, mit denselben aber sehr schnell, indem sie das r. Bein im Bogen zu einem grossen Schritte vorsetzt und abwechselnd die Krücke ansetzt, das linke Bein schlaff hängen lassend.

Die Verf. halten auch an der Diagnose schwere Hysterie fest, obgleich sie zugeben, dass die dereinstige Obduction organische Alterationen des Nervensystems ergeben kann. Bei der Patientin wurde durch L. am 15. October 1882 die Laparotomie ausgeführt. Der Tumor war eine mit Knochenstücken, Hährchen, einem Zahn und grützähnlichem Inhalt gefüllte Dermoidcyste. Heilung gut. Pat. konnte nach 11 Tagen das Bett verlassen. Nachdem nun von den peripheren Causalmomenten, wie vor 14 Jahreu die Hirnnarbe, jetzt das zweite, der Ovarialtumor beseitigt war, zeigte sich in Bezug auf alle motor. und sensibelen Ausfallssymptome keine Veränderung. Auch die Ovarie und ovarielle Aura blieb bestehen. Es muss daher geschlossen werden, dass in diesem Falle zu keiner Zeit die Ovarie an die cystische Degeneration geknüpft war, es bestand nicht eine ovarielle Hysterie,

sondern eine hysterische Ovarie, welche als periphere, den andern Symptomen coordinirte Projection der centralen Neurose aufzufassen ist. Der Ovarialschmerz bei Hemianästhesia hysterica muss nicht als Localerkrankung, sondern als functionelle Hyperästhesie mit gelegentlicher Irradiation auf grössere Nervenbezirke, auf Grund einer centralen Neurose aufgefasst werden; jeder operative Eingriff ist desshalb contraindicirt. Goldstein (Aachen).

---

453) **Cl. Paster** (Sumatra's Ostküste): Ueber Beri-Beri. (Bayr. aerztl. Intelligenzblatt Nr. 23, 24. 1883.)

Verf. theilt seine Erfahrungen über diese Krankheit mit und schildert die auffallende Betheiligung des Rückenmarks. Die charakteristische Veränderung des Ganges, die dem Ganzen den Namen gegeben, tritt schon früh auf. Die Locomotion wird stossweise ausgeführt, so dass man auf den ersten Augenblick sieht, wie der Kranke seine Beinmuskulatur anstrengen muss, um die Vorwärtsbewegung zu ermöglichen. Auf Verf. macht dies den Eindruck, als ob die Leitung in den Nervenbahnen und die Antwort auf den Reiz, die Auslösung der Muskelkontractur verlangsamt sei. Die Paralyse kann sehr hochgradig werden, gleichzeitig kommt es zu trophischen Störungen an der Muskulatur, die neben der Motilitätsstörung auch die oberen Extremitäten und die Rumpfmuskulatur nicht gar selten, namentlich in länger dauernden Fällen, erfasst. Die Folgen des herabgesetzten Muskeltonus sind weiterhin Alteration in der Defaecation, Meteorismus, Stauungen des Bronchialsecretes und Dyspnoe. Auch Sensibilitätsstörungen sind frühzeitig wahrzunehmen. Klagen über Abstumpfung des Gefühls; die Anaesthesie rückt von der Peripherie gegen das Centrum vor; Gefühl von Kälte in den betroffenen Extremitäten, die sich auch äusserlich kalt anfühlen. Tastkreise bedeutend vergrössert. Zur Zeit, wo die Paraplegie vollständig ist, findet durch den farad. Strom keine Erregung statt. In einzelnen Partien bedarf es sehr starker Ströme zur Auslösung einer Contractur, bei andern ziehen sich nur kleine Bündel zusammen, zuweilen nur fibrilläre Zuckungen. Der ganze Befund wird als Entartungsreaction aufgefasst. (Const. Strom wurde nicht in Anwendung gezogen.) Im Allgemeinen besserten sich die Erscheinungen unter Anwendung des farad. Stromes. Die übrigen Krankheitssymptome sowie den Blutbefund umgehen wir hier, nur soviel sei erwähnt, dass Blässe, Adynamie, Opressionsgefühl, Darniederliegen der Assimilation und der mikroscopische Befund des Blutes in vielen Fällen mit der perniciösen Anaemie übereinstimmt, dagegen lassen die Rückenmarkssymptome eine Aehnlichkeit mit Polyomyelitis anterior acuta erkennen. Verf. resumirt, dass Beri-Beri eine subacute oder chronisch constitutionelle (endemische) Krankheit sei, zu deren Symptomencomplex ausser den Anomalien der Blutdecomposition und Circulation uoch exquisite Störungen im Rückenmarke (den grauen Vordersträngen) gehören. (Vergl. dazu die Ansichten von Bäelz und Scheube, welche Beri-Beri als eine miasmatische Infektionskrankheit auffassen und die Aehnlichkeit mit der europäischen Polyneuritis betonen. Centralbl. f. Nervenheilkunde Nr. 12, 1883 pag. 269). Goldstein (Aachen).

---

454) **E. Baierlacher** (Nürnberg): Ueber electrische Behandlung der Gastralgien und Enteralgien. (Bayr. aerztl. Intelligenzblatt Nr. 20. 1883.)

Verf. theilt einige Fälle mit, bei denen er mit dem galvanischen und auch farad. Strom Heilung resp. Besserung bei Neurosen des Magens und Darmes erzielte. Anode auf Kreuz, Kathode auf Magengegend applicirt. Nr. 1 positives Resultat bei einer an Gastralgie leidenden Dame, Nr. 2 völlig negatives Resultat bei einem an Magenschmerzen mit ungeheurem Aufstossen leidenden 41jährigen Eisenbahnbeamten; Nr. 3 Faradisation des Epigastriums; darnach Verschwinden der Stuhlverstopfung und der kolikartigen Schmerzen; Nr. 4 abwechselnde Anwendung des galvan. wie farad. Stromes; darnach völlige Heilung der schmerzhaften Kolik bei einem 41jährigen Manne; Nr. 5 Heilung einer hartnäckigen Verstopfung mit dem farad. Strom und Nr. 6 Heilung nach wenigen Sitzungen mittelst des farad. Stromes bei einem mit Bleikolik behafteten Arbeiter. (Ref. hat auch bei einem ähnlichen Fall wie Nr. 2, bei dem Verf. keine Besserung erzielte, völliges Verschwinden der Gastralgie und des Aufstossens in Folge von Anwendung des galvanischen Stromes gesehen.)

Goldstein (Aachen).

---

455) **C. W. Müller** (Wiesbaden): Fall von Trigeminuslähmung. (Arch. f. Psych. XIV. 2. pag. 263.)

Das Leiden entwickelte sich langsam im Verlaufe von 8 Jahren, bestand in einer Erkrankung der sensiblen Partien des r. Trigeminus. Schliesslich war vorhanden: Verlust des Geschmacks auf den vorderen 2 Dritteln der rechten Zungenhälfte, fast totale Lähmung der ganzen sensiblen Partien des Trigeminus, gleichzeitiges Ergriffensein der sensiblen Hinterhaupts- und Armnerven rechterseits. Minderung der Schweiss-, Thränen- und Speichel-Secretion. Quälende Sensationen im Bereiche des kranken Nerven. Gestörtes Allgemein-Befinden.

Fast vollkommene Heilung, erst in 6 Jahren, durch den constanten Strom.

Langreuter (Dalldorf).

---

456) **Unverricht** (Breslau): Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Epilepsie. (Arch. f. Psych. XIV. 2. pag. 175.)

Der hochbeachtenswerthe und eine Fülle von neuen Thatsachen enthaltende Aufsatz des Verf. bricht wieder eine Lanze für den *Rindenursprung der genuinen Epilepsie.* Nach Resumirung der bisherigen Ansichten gibt U. eine kurze Darstellung der Anordnung seiner Versuche. Dieselben wurden an Hunden angestellt, und zwar wurden den durch Morphium narkotisirten Versuchsthieren Schädeldach und Dura abgetragen und die blos von der Pia bekleidete Hirnrinde erst nach fast vollständigem *Aufhören der Narkose* durch *Inductionsströme* gereitzt. Das Protocoll von 17 Versuchen ist genau mitgetheilt. Die Reizpuncte für bestimmte Muskeln, resp. Muskelgruppen sind — in ein Schema eingetragen — wiedergegeben. Die hauptsächlichsten Resultate des Verf. sind folgende: Die *electrische Reizung* des Hundegehirns und zwar nicht nur der vorderen sogenannten motorischen Rindenregion,

sondern auch der hinteren Parthien erzeugt *epileptische Anfälle.* Es genügt ein sehr *schwacher Strom* und spielt die Dauer der Einwirkung eine grössere Rolle. Die Neigung zu Krämpfen ist *individuell sehr verschieden,* sie ist im allg. unabhängig von der Zufuhr des arteriellen Blutes zur Hirnrinde, von der Reflexerregbarkeit und von der Körperwärme. Der *Verlauf* der Krämpfe entspricht der *Anordnung der* (experimentell festgestellten) *motorischen Centren* in *der Hirnrinde* (Uebereinstimmung mit Wernicke!). Wenn also ein für ein bestimmtes Muskelgebiet motorischer Punkt gereizt wird, so dehnt sich der Reiz auf die benachbarten Punkte, resp. die entsprechenden Muskelgebiete aus und zwar geschieht die Ausbreitung sowohl in bestimmter Richtung wie Radienförmig, doch wird nie ein benachbarter Punkt übersprungen. Die Krämpfe befallen die *zweite Körperhälfte* immer erst *nach völliger Verbreitung über die erste* und zwar verlaufen sie auf der andern Seite gesetzmässig *aufsteigend* von der hinteren Ext. beginnend, gleichviel, welches ihr Ausgangspunkt auf der zuerst krampfenden Seite war. Die Erregung pflanzt sich fort gemäss der Topographie der Centren selbst bei Isolirung einzelner durch tiefe Incisionen. Ebenso findet auch bei Durchschneidung des Balkens ein Uebergreifen der Krämpfe auf die andere Körperhälfte statt.

Bei grosser Erregbarkeit der Hirnrinde entsteht nach einmaliger oder wiederholter electrischer Reizung, mitunter auch durch mechanische Einflüsse ein *Status epilepticus* der — in Bezug auf die Muskelzuckungen — entweder in Hin- und Her-Oscilliren zwischen den einzelnen Körperhälften, oder in beständigen Krampfrecidiven besteht. *Exstirpation* der motorischen Rindenbezirke im Status epilepticus bringt die Muskelzuckungen *zum Schweigen* und gestattet höchstens noch Mitbewegungen. *Exstirpation der einzelnen motorischen Centren* bedingt eine *Ausschaltung der betr. Muskelgebiete* aus dem Krampfbilde. An den Krämpfen können sich einzelne Muskelgruppen schwach oder gar nicht betheiligen, dann sind meist ihre Centren in der Hirnrinde schwach oder gar nicht erregbar.

Die *Körperwärme* steigt im Anfalle um 0.1—0.2^0 C., im Status epilept. wurde Steigen bis 44.1^0 beobachtet. Künstliche Wärmeentziehung stört die Anfälle nicht. Ebenso hindern Anämie und Erstickung nur in den höchsten Graden. „*Morphium* beruhigt die Krämpfe nur in ganz grossen, wohl meist tödtlichen Dosen, dagegen bringt intravenöse Injection von *Chloral* — unter Umständen nur 0.2 gr. — sowie Einathmung von Aether dieselben *sofort zum Stillstand. Atropin erhöht* die Erregbarkeit der Hirnrinde, den zum Schweigen gekommenen Anfall kann es wieder erwecken.“

Zum Schluss spricht Verf. seine Meinung dahin aus, dass der durch *Reizung der Hirnrinde erzeugte Anfall* von allen bisher experimentell erzeugten Krampfformen *die meiste Aehnlichkeit mit den Anfällen der menschlichen Epilepsie hätte.* Zugleich sprächen für die corticale Natur der letzteren viele klinische Thatsachen.

Langreuter (Dalldorf).

457) **Berkhan** (Braunschweig): Ueber das Stottern, seine Beziehung zur Armuth und seine Behandlung. Vortrag im Februar 1883 im ärztl. Verein. (Arch. f. Psych. XIV. 1. pag. 319.)

Verf. nennt „Stotternde“, bei denen ein krampfhaftes, *unter der Erscheinung von Angst zeitweise* auftretendes Unvermögen besteht, einzelne Consonanten oder Vocale auszusprechen, „Stammelnde“, bei denen ein *stetes Unvermögen (ohne Affect)* vorhanden ist, einzelne Consonanten oder Vocale zu sprechen. Die in beide Categorien gehörenden Kinder der Stadt Braunschweig wurden untersucht. Es fanden sich von Knaben 57 Stotternde und 15 Stammelnde; von Mädchen 6 Stotternde und 8 Stammelnde — also ein bedeutentes Vorwiegen des männl. Geschlechts. Die Kranken gehörten stark vorwiegend der ärmsten Bevölkerung an, sie waren meistens schwächliche Kinder und hatten oft Deformitäten des Gaumens und der Zahnstellung. In allen angeführten Punkten zeigte sich also eine Analogie mit Idiotie und Taubstummheit.

B. beabsichtigt der Braunschweiger Schulbehörde einen Unterrichtsplan für Stotternde vorzulegen, der 5—6 Monate, wöchentlich 3 Stunden umfasst. Die mitgetheilten Einzelheiten desselben beziehen sich auf Respirations-Gymnastik und systematische Sprechübungen.

Langreuter (Dalldorf).

---

458) **Kerlin:** The Epileptic Change and its Appearance among Feeble-Minded Children. (Alienist & Neurologist 1882. pag. 329.)

Kerlin, dirigirender Arzt der Anstalt für schwachsinnige Kinder in Pensylvanien, bespricht nach seinen Erfahrungen das Vorkommen von Epilepsie in ihren verschiedenen Aeusserungen bei schwachsinnigen Kindern. Von 300 der letzteren (im Alter von 5—16 Jahren) waren 22% damals (d. h. zur Zeit ihres Aufnahmeantrages) epileptisch, 52% waren früher epileptisch oder litten an epileptoiden Krankheiten; von den übrigen 26% oder 78 Kindern litten die meisten (63) an verschiedenen Störungen, Taubheit, Sprach- und Gehstörungen, Hydrocephalie und muskulärem Zittern, so dass nur 5% Schwachsinnige ohne eine Complication, Schwachsinnige pur sang waren.

Die epileptischen Anfälle stellten sich zum Theil als transitorische Störungen, Exaltations- und Dämmerzustände dar. Bemerkenswerth ist die Leichtigkeit, mit welcher epileptische Anfälle durch geringe Reize ausgelöst wurden. K. glaubt, dass diese Thatsache, wie überhaupt die Neigung Schwachsinniger zu Epilepsie, darauf zurückzuführen ist, dass sie die Neigung zu Convulsionen, wie sie bei Kindern gefunden wird, behalten, dass die Hemmungsthätigkeit bei dem unentwickelten Hirn eine kindliche, unentwickelte bleibt.

Schliesslich betont K., dass Complication von Epilepsie bei schwachsinnigen Kindern keinen Grund abgeben darf, diese von der Aufnahme in Institute zu ihrer Erziehung auszuschliessen, einmal weil solche Fälle oft die meisten Chancen (zugleich mit Heilung der Epilepsie) bieten, dann weil ja bei so vielen die bisher latente Epilepsie im Institut ausbricht, das Prinzip also auf diese Weise schon durchbrochen wird.

Waehner (Kreuzburg).

459) **Mann:** A Case of Multiple Abscesses of the Brain. Slight Epileptiform Convulsions. Absence of other Cerebral Symptoms. (Alienist & Neurologist 1882. pag. 440.)

Ein etwa 50 jähriger, im Ganzen stets gesunder Mann hat plötzlich, ohne jede Veranlassung einen epileptischen Anfall, der in der rechten oberen Extr. beginnt und eine partielle Paralyse des r. Arms zurücklässt. Keine einzige der gewöhnlichen Prodromalerscheinungen vorausgegangen. Nach dem Anfall einstündiges leichtes Delirium. Einige Tage später eine zweite leichte Attacke, von dem Kranken als „Arbeiten in der r. Hand und im r. Arm" beschrieben; bald darauf ein ähnlicher Anfall. Nach diesen schneller Verfall der Kräfte und Tod 13 Tage nach dem ersten Anfall. Vorher eine vorübergehende, 24 Stunden dauernde Paralyse des l. Beins. Nie Spasmus.

Bei der Autopsie 5 Abscesse im Gehirn und zwar in der linken Hemisphäre: 2 ungefähr haselnussgrosse im vorderen Lappen, in der ersten und zweiten Stirnwindung, einer im mittleren Lappen, nahe der Rinde, dicht hinter der Fissura Sylvii, — in der rechten Hemisphäre: ein erbsengrosser Abscess in der ersten Stirnwindung, ein (der grösste) mehr als eigrosser, sich von der Peripherie des hintern Lappens in den rechten Seitenventrikel hinein erstreckend. Alle Abscesse grünen, stinkenden Eiter enthaltend. Waehner (Kreuzburg).

---

460) **Kingsburg:** Microscopical Examination of the Brain & Spinal Cord of an Epileptic. (Journ. of nervous & mentale disease 1883. pag. 81.)

Der Fall betrifft eine Epileptica, die seit ihrer Kindheit meist an schweren Anfällen gelitten und in den letzten 12—15 Jahren ihres Lebens oft 8—24 Stunden im Stat. epilept. gelegen hatte. 10 Jahre vor ihrem Tode war sie vorübergehend geisteskrank und später etwas sonderbar im Kopfe. Im letzten Jahre litt sie an neuralgischen Beschwerden im r. Auge; dieses letzteren Sehkraft war getrübt, auch die des andern. Dabei vorgeschrittene Schwerhörigkeit auf dem l. Ohr, Geruch und Geschmack geschwächt. Nie waren sonst Lähmungserscheinungen vorhanden. Pat. starb im Alter von 47 Jahren.

Die Autopsie ergab macroscopisch: Sclerose des Schädels; am oberen Theile der rechten ala ciner. in der Substanz, am Boden des Ventrikels ein kleiner Extravasat, und an der entsprechenden Stelle linkerseits eine starke Congestion: unter dem locus ciner. jederseits einen kleinen Blutpunkt: kleine Hämorrhagien zerstreut über den Boden des Ventrikels und den Anfang der crura cerebelli: einen kleinen hämorrhagischen Herd im Vorderhorn etwa 1 Zoll unterhalb des Uebergangs des R. Marks in das verl. Mark. Microscopisch ergaben sich eine diffuse Vermehrung der Neuroglia, erweiterte Blutgefässe, Obliteration der perivasculären Räume, Verringerung, bis zum Verschwinden, der perigangl. Räume und Veränderungen körniger Natur in den Ganglienzellen. Diese Veränderungen fanden sich im vorderen Theil des Stirnlappens, entlang der Fissura Rolandi und im Cornu Ammonis, dann aber auch im Hinterhauptlappen, in den grossen Ganglien, in der Medulla ablong. und im obern Theil des Rückenmarks. Am geringsten ausgespro-

chen war sie noch im Stirnlappen und an der Centralfurche, am stärksten in den Ammonshörnern. In der weissen Substanz des Hinterhauptlappens fanden sich beiderseits zahlreiche kleine eitrige Erweichungsherde von etwa $^1/_{50}$ Zoll Grösse, meist an den Gefässen gelegen. Ganz ähnliche zahlreiche Abscesse von derselben Grösse fanden sich rechterseits in den grossen Hirnganglien und Tractus; linkerseits fanden sich hier sehr zahlreiche Herde ebensogross, die aber aus Blutkörperchen gebildet waren, während nur wenige eitrig erweicht waren wie jene. Im Rückenmark zeigte sich die Sclerosirung resp. Vermehrung des Bindegewebes hauptsächlich in den Goll'schen Strängen. Die pia mater des Rückenmarks war allenthalben congestionirt. Aehnliche Herde, wie die eben erwähnten, fanden sich noch in der med. obl. und spinalis zerstreut. Waehner (Kreuzburg).

---

461) **Crothers:** A Case of Trance in Inebriety. (Alienist & Neurologist. 1882. pag. 323.)

Ueber die eingehenden, die Trunksucht betreffenden Studien des Verf. ist in diesen Blättern bereits vielfach referirt. Er bespricht hier einen Fall von Trunksucht, in welchem jene eigenthümliche transitorische Bewusstseinsstörung beobachtet wurde, die Cr. für ein gewöhnliches Symptom der Trunksucht hält (s. Ref. Centralbl. 1882 pag 336.), die aber vielfach als in solcher Weise vorhanden angezweifelt worden ist.

Bei einem erblich belasteten Einwanderer aus Irland entwickelte sich durch Ueberanstrengung dauernde Schlaflosigkeit und nervöse Unruhe. Zwei Jahre darauf, 32 Jahre alt, verfiel er, durch den plötzlichen Tod seiner Frau aufs Tiefste erschüttert, in eine leicht fieberhafte, aber stark consumirende Krankheit von sechs Wochen Dauer, und nach ihr begann, bei Zunahme jener Schlaflosigkeit, eine allgemeine Neuralgie. Gegen diese gebrauchte der bis dahin stets abstinente Kranke Alkoholica und zwar mit Erfolg. Von hier aus entwickelte sich schnell die ausgebildete Trunksucht, besonders als zwei Jahre später seine Firma fallirte, so dass er bald wegen Injurien und Trunkenheit mit Gefängniss bestraft wurde. Nachdem er dann zwei Jahre für ein Geschäft dessen Kunden täglich und regelmässig Eis zugefahren und während dieser Zeit stark getrunken hatte, verfiel er plötzlich auf einer Fahrt in jenen Zustand von Bewusstseinsstörung, „trance". Nach dem Genusse eines Glases Branntwein, —er hatte vorher schon mehr Spirituosen getrunken,— bestieg er den zufällig von seinem Führer verlassenen Eiswagen einer Concurrenzfirma und fuhr seine gewohnten Kunden ab. Dieser Wagen war roth angestrichen und zweispännig, sein eigner weiss und einspännig. Zu Hause konnte ihm nicht klar gemacht werden, dass er einen falschen Wagen habe, er meinte, seine Feinde wollten ihn nur durch ein Complot ruiniren und Aehnliches. Am andern Morgen, beim Erwachen, wusste er von dem Vorgefallenen Nichts und war sehr erstaunt sich verhaftet zu finden.

In der Folge klagte Pat. oft über Kopfschmerzen und Gedächtnissschwäche. Von jenem Geschäft entlassen, wurde er Schiffer. Nach dem Genusse eines grossen Glases Branntwein verliess er plötzlich

das Schiff, als er einen Eiswagen vorüberfahren sah und wandte sich an das betreffende Eisgeschäft um Beschäftigung. Hier handelte er vollkommen verständig, wurde angenommen, vertheidigte sich gelassen und verständig gegen den Capitain des Schiffes, deponirte das von diesem erhaltene Geld auf der Bank und brachte die Nacht in einem Gasthause zu. Bei seinem Erwachen früh war er erstaunt, sich hier zu finden und wollte seinen Dienst auf dem Schiff antreten, wo er denn erfuhr, was am Tage vorher von ihm gethan war. Von dem Vorhandensein seines Geldes auf der Bank erfuhr er erst später zufällig, nachdem er vergebens überlegt, wo er es gelassen.

Ueber die Thathsache einer vollkommenen Bewusstseinsstörung kann in diesem Falle auch nicht der geringste Zweifel entstehen. Interessant ist, wie durch Erinnerung an eine frühere Beschäftigung eine Reihe gar nicht gewohnter Handlungen eingeleitet oder ausgelöst wurde.

Cr. betont die forensiche Wichtigkeit eines derartigen Zustandes und die Nothwendigkeit, die Trunksucht eben als Krankheit zu beurtheilen und zu behandeln, nicht als Laster oder Sünde.

W a e h n e r (Kreuzburg).

---

462) **Crothers:** Inebriety from a Medical Standpoint. The Study of a Case. (Alienist & Neurologist 1882. pag. 523.)

Cr. theilt den Fall mit, weil er die physische Ursache oder Basis der Trunksucht und zugleich einige bei ihr vorkommende geistige Defecte und Veränderungen in trefflicher Weise illustrirt, während der Fall selbst als Typus von Verderbtheit und lasterhafter Neigung angesehen wurde.

Pat. erblich sehr belastet, in der Jugend an Scarlatina schwer erkrankt mit folgender jahrelanger Schlaflosigkeit, lernte bald schlecht bald gut, erschoss im Alter von 13 Jahren durch Unvorsichtigkeit einen Schulkameraden. Nach einem sofort eingetretenen Anfall von Bewusstlosigkeit, erkrankte er an einer eigenthümlichen fieberhaften Krankheit, von der er sich langsam erholte, aber eine Veränderung seines Wesens behielt; er blieb schweigsam, deprimirt und für sich und litt an Schlaflosigkeit und häufig an Kopfschmerzen. Irgend eine Erregung oder unvorhergesehenes Ereigniss pflegte ihn zu erschöpfen, dass er das Bett aufsuchen musste. Vom 16. Jahre ab, während des Universitätsbesuches, trank er bisweilen, seiner Erschöpfung wegen Bier und fühlte sich darnach erleichtert, ohne weiter Neigung dafür zu haben. Als er aber einige Monate darauf, nachdem er zum ersten Male den Coitus ausgeübt, sich im Weine betrunken hatte, wiederholte sich das bald öfter, besonders nach Excessen in Venere oder sonstiger Erregung, und allmälich bildete sich so der Typus eines Gewohnheits- und Quartalsäufers aus. Die Schilderung des weiteren Verlaufes, besonders auch in der Anstalt, bietet nichts Ungewöhnliches.

Der physische Ursprung der Trunksucht ist in diesem Falle unverkennbar. Cr. glaubt, dass bei Anwendung entsprechender Mittel die

Entwicklung der Trunksucht hätte hintangehalten werden können, vor Allem dadurch, dass man den Kranken in seiner Jugend aus dem Leben und Treiben der grossen Stadt entfernte und auf dem Lande beschäftigte. Demgemäss hält er es überhaupt für eine Pflicht der Aerzte, die Eltern schwacher, nervöser und geschwächter Knaben vor den Gefahren zu warnen, welche diesen der schlimme Umgang und die geistige Ueberanstrengung aussetzt, wie sie eine grosse Stadt und die Beschäftigung in ihr mit sich bringt. Die Fernhaltung jeder Versuchung spielt die wesentliche Rolle in der Behandlung der Trunksucht, wie ein Wechsel der Umgebung, Ruhe und richtige Beaufsichtigung.

Waehner (Kreuzburg).

---

463) **Reverchon** (Magenne): La famille Lochin. (Ann. méd. psycholog. Juli 1882.)

In einer Familie von gewöhnlichem Schlage, in der niemals Geistesstörungen, nur bei einer Tochter hysterische Zustände bestanden hatten, erkrankten die 6 zusammen lebenden Mitglieder auf einmal in einer eigenthümlichen Weise.

Die genannte Tochter hatte nämlich seit einiger Zeit über Schwäche der Beine, Frösteln etc. und die übrigen über Appetitlosigkeit und Schwäche geklagt und, als die aerztlichen Verordnungen erfolglos geblieben waren, hatte man sich an einen Zauberer gewandt, der einen besonderen Trank an 2 verschiedenen Tagen verabfolgte. Bald darauf traten lebhafte Hallucinationen ein, Erscheinungen von Thieren, Flammen etc., ein exaltirter Zustand, Schlaflosigkeit, Gefühl von Zusammenschnürung im Hals, grosser Durst. Sie verweigern die Nahrung, glauben sich vergiftet, vom Teufel besessen zu sein. In der Kirche beisst die eine Tochter ihrem Bruder bei einer heftigen Umarmung in die Zunge. Sie entblössen sich, jammern und beten, eilen auf's Feld, an die Bäche um ihren Durst zu löschen. Endlich werden sie aggressiv gegen die Nachbarn, weil diese ihnen schädliche Dünste einbliesen. Körperlich: Pupillen erweitert, Gesicht geröthet, trockener Schlund, Schweiss etc. Nach 1—2 Wochen Anstaltspflege verschwinden die Erscheinungen.

Verf. nimmt eine Vergiftung mit einer Solanee an und schreibt der wiederholten Einnahme des Trankes die lange Dauer des Deliriums zu. Uebrigens wurde der Zauberer mit Gefängniss bestraft.

Otto (Dalldorf).

---

464) **Biante** (Blois): Note sur les traumatismes de l'oreille. (Ann. méd. psycholog. 1882 Juli.)

Verf. berichtet einen Fall von Haematom bei einem gesunden Soldaten, in Folge eines heftigen Schlages und führt mehrere Fälle an, in denen Traumen der Ohrmuschel bei Geisteskranken kein Haematom hervorriefen.

Otto (Dalldorf).

---

465) **Rousseau** (Auxerre): Fièvre intermittente d'origine émotive. (Ann. méd. psychol. März. 1882.)

Verf. berichtet über intermittirende, emotive Zustände bei Geisteskranken, die den Anfällen des intermittirenden Fiebers glichen. Dieselben traten auf eine starke psychische Erregung ein und sowohl das Fieber als die Erregungszustände konnten durch Chinin coupirt werden. Für die Annahme einer Malariaintoxication lag nichts vor und möchte Verf. das intermittirende Fieber in diesen Fällen auf eine Reizung des Plexus splenicus beziehen. Otto (Dalldorf).

---

466) **Baillarger** (Salpêtrière): Accès de mélancolie débutant à l'époque des règles, intermittence des symptômes. Guérison par le sulfate de Quinine. (Ann. méd. psychol. Mai 1882.)

Bei einer stets gesunden 40 jährigen Frau, die seit 3 Wochen über zeitweise Hitze im Kopfe klagte, blieben die Regeln aus und stellte sich ein melancholisches Delir ein. 5 Tage später Eintritt der Regeln, ohne Einfluss auf die Psychose. Später deutliche Intermittenz der Psychose einen um den andern Tag. Auf Chinin sofortiges Verschwinden derselben. Otto (Dalldorf).

---

467) **Rousseau** (Auxerre): Mutilation volontaire pendant un accès de folie alcoolique et par suîte d'une conception délirante hypochondriaque. (Ann. méd. psycholog. 1882. Mai.)

Selbstamputation der grossen Zehe — das übrige besagt schon die Ueberschrift. Otto (Dalldorf).

---

468) **Cullerre** (Roche-sur-Yon): La démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel etc. (Ann. méd. psycholog. 1882 Mai.)

Nach Verf. gibt es *erstens* eine Form von Paralyse, die sich durch die gewöhnlichen Störungen der Meningoencephalitis und zugleich Atheromatose, miliare Aneurysmen und gelbe Erweichung kennzeichnet. Er bringt neun Krankengeschichten dafür vor, in welchen die Aeusserungen der Atheromatose theils durch die Section, theils durch die klinische Untersuchung festzustellen waren. Diese Form entwickelt sich meist in vorgerücktem Alter, hat einen langsamen Verlauf, kann rasch enden durch Congestivstösse mit einer akuten maniakalischen Erregung. Die Diagnose während des Lebens mit Hülfe des Sphygmographen und der Auskultation der Aorta. Körperlich und geistig sind die Erscheinungen der dementia senilis und der Paralyse vorhanden.

Zweitens können bei manchen Fällen von dementia senilis Congestivstösse eine Entzündung der Hirnrinde und die makroskopischen Zeichen der Paralyse hervorrufen, während beim Nachlass der Congestion die Erscheinungen der Paralyse wieder verschwinden.

Otto (Dalldorf).

---

469) **Dagonet** (Asile St. Anne): Hémorrhagie cérébrale à foyers multiples chez un paralytique général. (Ann. méd psycholog. 1882. März.)

Ein 29jähriger Paralytiker, anscheinend nach einer starken Gemüthserregung erkrankt, wird aus der Anstalt beruhigt entlassen, nach 4 Monaten im vorgeschrittenem Stadium der Demenz mit Erregungszuständen wieder aufgenommen und stirbt 3 Monate später an einer Apoplexie, unter rascher Erhebung der Temperatur bis 41.5 °C. Section: Trübung der weichen Hirnhaut, Verwachsungen mit der Hirnrinde am Stirn- und Schläfenlappen, Atherom der Basalarterien, grosse Hämorrhagie in der rechten Hemisphäre, völlige Zerstörung ihrer Centraltheile, Durchbruch in den Ventrikel, den 3. Ventrikel bis in den linken Seitenventrikel, ferner 2 kleinere apoplectische Herde im Corpus striatum linkerseits. Herzhypertrophie.

Verf. hält das multiple Auftreten der Apoplexie noch für besonders bemerkenswerth. Otto (Dalldorf).

---

470) **Camuset** (Vaucluse): Un cas de mort par hémorrhagie cérébrale dans le cours d'une paralysie générale. (Ann. méd. psycholog. 1882. September.)

Ein 60jähriger Paralytiker, früher dem Trunke ergeben, seit 2 Jahren in der Anstalt, bekommt im Gefolge einer Apoplexie rechtsseitige Hemiplegie und Hemianästhesie und stirbt nach 27 Tagen.

Section: chronische Meningitis, Verwachsungen der Hirnhaut mit der Hirnrinde besonders am Stirnlappen. Im centralen Theile der linken Hemisphäre ein grosser Bluterguss mit Zerstörung der Kerne und Kapseln. Fettherz. Verkalkung der Herz- und Aortenklappen, Atherom der Hirngefässe.

Mikroskopisch: theils Kernwucherung, theils fettige Entartung der Wände der kleinen Hirngefässe, fettige Entartung der Nervenzellen, eine grosse Menge Neurogliakörperchen.

Otto (Dalldorf).

---

471) **Foville** (Chaunton): Délire aigu paralytique. (Ann. méd. psycholog. 1882. März.)

Bei einem 36jährigen, stets reizbaren Manne, stellten sich nach einer Reise während grosser Hitze und Excessen in Baccho Erscheinungen paralytischen Grössenwahnes ein und gingen in ein delirium acutum über mit grosser motorischer Unruhe, Fieber etc., das ihn in 12 Tagen wegraffte. Keine Störung der Sprache und der Pupillen.

Section: Trübung der Pia, milchige Streifen entlang den Gefässen und in grösserer Ausdehnung milchige Flecken über dem Zusammentreffen der Sulci. Auf beiden Vorderlappen und an einzelnen Stellen des einen Schläfenlappens Verwachsungen der Pia mit der Hirnrinde; beim Abziehen bleiben Fetzen hängen. Sonst ist die äus-

serste Rindenschicht in ein derbes Häutchen verwandelt und bleich, die darunter liegende Schicht ist erweicht, turgescirt. Die weiche Substanz ist blutreich. Der mikroskopische Befund fehlt.

Otto (Dalldorf).

---

472) **Bécoulet** (Dôle): Etude sur le No-restraint. (Ueber No-Restraint.) (Ann. méd. psycholog. 1882 Januar.)

Verf. tritt den Anhängern des absoluten No-restraint (in Frankreich besonders Magnan) entgegen, indem er sich für die beschränkte Anwendung von Zwangsmitteln (Zwangsjacke) ausspricht.

Otto (Dalldorf).

---

473) **Foville** (Paris): Note sur la mégalomanie ou lypémanie partielle avec prédominance du délire des grandeurs. (Ann. méd. psychol. 1882 Januar.)

Verf. stellt die aus dem Verfolgungswahn hervorgegangene Mégalomanie dem Grössenwahn der Paralytiker gegenüber, betont das konstante Zusammensein der Grössenideen mit Elementen der Melancholie bei der ersten Form und die Bedeutung der illegitimen Geburt für die Genese derselben, ohne neues zur Sache zu bringen.

Otto (Dalldorf).

---

474) **Camuset** (Bonneval): Un cas de dédoublement de la personnalité. (Ann. méd. psychol. 1882 Januar.)

Ein 17 jähriger Mensch, wegen Diebstahl Mai 1879 nach St. Urbain gebracht, wurde in Folge eines Schreckens epileptisch und bekam Paraplegie der unteren Extremitäten mit Inkontinenz. Nach dem Asyl Bonneval versetzt, lernte er daselbst schneidern; das Gedächtniss war vollkommen erhalten und er führte sich sehr gut. Mai 1880 wiederholte Anfälle, aus denen er mit absoluter Amnesie für die Zeit vom Mai 1879 bis Mai 1880 hervorging: er glaubte noch in St. Urbain zu sein, wusste nicht, dass er das Schneidern gelernt hatte; dabei zeigte sich auch eine Veränderung des Characters: er war frech, stahl und entwich einmal. Simulation lag offenbar nicht vor.

Der état seconde, wie die Franzosen sagen, bestand also von Mai 1879 bis Mai 1880 und war in dieser Phase das Bewusstsein dieses Zustandes (des sekundären) und des früheren, originären Zustandes (état prime) vorhanden, während nach Wiederkehr des letzteren vollständige Amnesie in Betreff des état seconde herrschte. Verf. führt zum Schluss noch mehrere ähnliche Fälle an.

Otto (Dalldorf).

---

475) **Dagonet** (Asile St. Anne): Tumeur du cervau avec aliénation mentale. (Ann. méd. psycholog. 1882 Januar.)

Ein 23 jähriger Mann, der vor 6 Jahren auf den Kopf gestürzt war, bekam Kopfschmerz, Schwindel, rechtsseitige Hemiplegie, schliesslich Blindheit und Taubheit. Zugleich bildete sich eine weiche Geschwulst am Hinterhaupt. Psychisch entwickelte sich Demenz mit zeit-

weisen Aufregungszuständen (Hallucinationen, Verfolgungsideen). Zuletzt wurde Ausfluss seröser, später eitriger Massen aus der Nase wahrgenommen.

Section: Eiteransammlung in der erwähnten Geschwulst am Hinterkopfe zwischen Haut und Knochen, der Knochen sah injicirt, sponchiös aus. An der Dura mater haftete an dieser Stelle ein nussgrosser Knochenauswuchs und ging von da unter die Dura eine Geschwulst (Sarcom) von doppelter Faustgrösse, 350 gr. schwer, ohne Verbindung mit dem Hirn, sich in die regio parieto-occipitalis beider Hemisphären, jedoch links weiter als rechts einbettend. Die Hirnsubstanz war daselbst stark comprimirt. Sehnerven atrophisch. Verf. betont noch die Seltenheit der beobachteten Psychose bei Tumoren.

Otto (Dalldorf).

---

476) **Dontrebente** (Blois): Folie à double forme. (Ann. méd. psycholog. 1882 März.)

Verf. berichtet über einen Fall von circulärer Geistesstörung, der zwischen den Anfällen freie Zwischenräume von 5, 6, 7 und zuletzt 13 J. hatte, und bekämpft im Hinblick auf diese langen Zeiträume völliger geistiger Ruhe und Frische die Ansicht Falret's, wonach alle drei Perioden der circulären Geistesstörung — Exaltation, Melancholie und Intermittenz als wesentliche Krankheitsperioden zu betrachten sind. Eine so lange, freie Zwischenzeit dürfe man doch nicht als Vorbereitungszeit eines späteren Anfalles auffassen. Verf. will daher seinen Fall als folie à double forme (Baillarger) bezeichnen, indem er die entgegengesetzte Aeusserung der Psychose als demselben Anfalle zugehörig ansieht, und weisst desshalb auch den von Falret später gebrauchten Ausdruck „folie à forme alterne“ für seinen Fall zurück.

Differentialdiagnostisch gegenüber der Paralyse ist die Bedeutung der Heridität bei folie à double forme hervorzuheben und das meist unartige, bösartige Wesen des Kranken gegenüber der Gutmüthigkeit und Bonhommie bei beginnender Paralyse. Otto (Dalldorf).

---

477) **Taguet** (Dijon): Contribution à l'étude du délire intermittent. (Ann. méd. psycholog. 1882 März.)

Verf. stellt als besondere Form der intermittirenden Psychosen das rein hereditäre *„intermittirende Delirium“* auf, das zum Unterschied von der folie à double forme nur *eine* Phase, die der psychischen Erregung, hat. Dasselbe wird eingeleitet durch eine Art von Aura: nervöse Erscheinungen, Präkordialangst, Langeweile, Unlust etc.; dann setzt rasch das maniakalische Delirium ein, um ebenso schnell zu verschwinden nach einer Dauer von meist einigen Tagen. Analogie mit dem sog. psychischen Aequivalente der Epilepsie. Die freie Zwischenzeit ist bei den verschiedenen Fällen verschieden lang.

Das Erhaltenbleiben des Bewusstseins unterscheidet diese Form von larvirter Epilepsie, die Aufhebung des Willens von den hysteri-

schen Formen bei denen der freie Wille nicht ganz aufgehoben ist. Beim impulsiven Irresein ist die Erinnerung nur traumhaft, während sie bei dem intermittirenden Delirium vollständig erhalten ist.

O t t o (Dalldorf).

---

478) **Lafitte** (Asyle de Pau): Paralysie générale à double forme.
(Ann. méd. psycholog. 1882 März.)

Bei einem erblich belasteten Paralytiker, der $1^1/_2$ Jahre lang den ausgeprägtesten Grössenwahn gezeigt hatte, stellte sich in Folge einer „Hirnkongestion“ mit mehrstündigem Bewusstseinsverlust ganz plötzlich ein melancholisches Stadium ein, das drei Monate dauerte. Darauf Besserung, Entlassung. Nach 2 Monaten Wiederaufnahme, vorgeschrittene, paralytische Demenz, dabei abwechselnd Exaltationen und Depressionszustände. O t t o (Dalldorf).

---

479) **Challand** (Lausanne): Compte-rendu du département de l'Intérieur du canton de Vaud pour l'année 1882. Asile de Cery. (Auszug aus dem Bericht des Departements des Innern des Waadtlandes für das Jahr 1882 über die Irren-Anstalt Cery.)

	Männer.	Frauen.	Gesammts.
Bestand am 31. December 1881	143	174	317
Aufnahme im Jahre 1882	103	72	175
Gesammtsumme der Verpflegten	246	246	492
Entlassen wurden	92	71	163
Bestand am 31. Decbr. 1882 .	154	175	329

Von den 175 *aufgenommenen Kranken* konnten bereits beim Eintritt 93 als unheilbar angesehen werden. Es befanden sich u. A. unter diesen 36 an Alkoholismus und Absinthismus, 16 an Idiotie und Imbecillität und nur 7 an allgemeiner Paralyse erkrankte Personen.

Ausgetreten sind . .	163.	Davon
geheilt . . .	31	
gebessert . .	43	
ungeheilt . .	53	
gestorben . .	36	

Die Zahl der Gestorbenen ist verhältnissmässig gross, weil mehrere Kranke fast moribund in die Anstalt gebracht wurden. Unter den Todesfällen ist das Suicidium eines hochbetagten schwachsinnigen Mannes hervorzuheben, der stets freundlich, zufrieden und arbeitsam, länger als 40 Jahre in den Irrenanstalten des Landes verweilt hatte und durchaus kein Verlangen trug, zu den Seinigen zurückzukehren. Eines Tages stürzte er sich ohne jede Veranlassung aus dem Fenster seines Schlafzimmers und zerschmetterte sich den Schädel. — Ein Patient erkrankte an Scarlatina mit tödtlichem Ausgang. — Lungenschwindsucht kam als Todesursache nur zwei Male vor. Es erkrankte auch eine Person an Masern. Durch Isolirung und andere geeignete Massnahmen wurde die Anstalt vor Weiterverbreitung bewahrt.

Verausgabt wurden . . .	266,904 Frcs. 63 Cent.
Einnahme (bestehend aus Pflegegeldern und den Erträgen der Landwirthschaft) beliefen sich auf	223,043 Frcs. 98 Cent.
so dass der Staat noch hiuzuzuschiessen hat:	43,860 Frcs. 65 Cent.

Der Verpflegungstag kommt auf 2 Frcs. 20 Cent., während er das Jahr vorher 2 Frcs. 11 Cent. kostete.

Rabow (Berlin.)

II. Vereinsberichte.

Société médico-psychologique zu Paris.

(Sitzung vom 25. Juli 1881. (Ann. méd. psychol. 1881 Januar.)

480) **Christian:** *Du délire fébrile chez les aliénés.*

Ein alter Kranker in Charrenton, der an Verfolgungswahn leidet, magnetisirt zu werden glaubt und erotisch ist, bekommt ein Erysipelas capitis und dabei ein ganz gewöhnliches Fieberdelirium an Stelle des alten Wahndeliriums. Bei der Sektion findet sich Leptomeningitis und Atrophie der Hirnrinde, Cryptorchismus, Atrophie und Cystenbildung der Hoden.

Christian möchte die Entartung der Hoden und den Wahn des Kranken vom Magnetisirtwerden und der Erotie in causalen Zusammenhang bringen, dem auch in der Versammlung zugestimmt wird.

Ausserdem verbreitete er sich über den Einfluss von interkurrirenden, somatischen Erkrankungen auf die Psychosen und wurde auch von anderer Seite die revulsive Wirkung akuter, körperlicher Leiden betont. Voisin führte noch das Sistiren der Anfälle von Epileptischen, deren monatlich 30 und mehr auftraten, im Verlaufe akuter Krankheiten an.

481) **Bourdin:** *Autonomasie et Aphasie.*

Eine Unterscheidungsform der Aphasie ist die Autonomasie, bei der der Kranke, im Besitze, seiner geistigen Fähigkeiten und der Sprache, die Worte die er vorbringen soll, mit den Ideen, welche er hat, nicht in Einklang bringen kann. Unter „Autonomase" versteht nämlich die Rhetorik die Form, in der man ein Ding oder eine Person dadurch kennzeichnet, dass man den Eigennamen oder Sachnamen durch eine Umschreibung bemerklich macht z. B. ist es eine Autonomase statt „Comédie française": „Maison de Molière" zu sagen. Während bei Aphasie der Kranke eine Idee hat, aber für dieselbe kein Wort findet, hilft er sich bei Autonomasie durch die Periphrase.

Die Versammlung verhielt sich diesen Auseinandersetzungen gegenüber ablehnend.

Otto (Dalldorf).

(Sitzung vom 27. Februar 1882. Ann. méd. psycholog. 1882. Mai.)

482) **Regis**: *Note sur un cas d'hallucinations unilaterales de l'ouie.*

Ein 22jähriger Mensch, aus gesunder Famile, hatte mit 13 Jahren in Folge einer Ohrfeige eine eitrige Mittelohrentzündung linkerseits bekommen, die chronisch wurde. Ein schwerer Typhus im 16. Jahre verschlimmerte das Ohrenleiden zu linksseitiger Taubheit, hielt die körperliche Entwicklung auf und schwächte die Geisteskräfte. Seitdem traten an Stelle der gewöhnlichen, subjectiven Empfindungen im kranken Ohr bestimmtere — Tropfenfallen, Gewehrknallen — auf, später deutliche Worte, zuletzt Schimpfreden — voleur etc. Der Kranke blieb sich dabei aber immer bewusst, dass diese Gehörsempfindungen von dem kranken Ohre ausgingen, und es kam nicht zu Verfolgungsideen. Bei lokaler Behandlung des Ohrenleidens verschwanden sie bis auf die gewöhnlichen, vagen Empfindungen.

Der Behauptung des Vortr., dass hier keine Geisteskrankheit vorliege, und dass die Hallucinationen hier von dem kranken Sinnesorgane, nicht von der Hirnrinde ausgingen, wurde von der Versammlung widersprochen. Otto (Dalldorf).

III. Verschiedene Mittheilungen.

483) Aus Berlin. Herr Dr. Rud. Gnauck hat in Pankow ein Curhaus für Nervenkranke eröffnet.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. d. Saale (Prov.-Irren-Anst.) II. Arzt, 3000 M., freie Fam.-Wohnung, Garten etc. 2) Merzig, Assistenzarzt, 1200 M. fr. St. 3) Dalldorf, Oberarzt, 6000 M. (einschliesslich der Emolumente). 4) Basel, Irrenklinik, Assistenzarzt, sofort. 5) Görlitz, (Privat-Irrenanstalt von Dr. Kahlbaum) Assistenzarzt. 6) Schwetz (Westpr. Prov.-Irrenanstalt), II. Arzt, 1. October. Gehalt 2100 Mark bei freier Station. 7) Dalldorf, Volontairarzt, 15. Septbr. 600 M. 8) Kreisphysicate: Graudenz, (Marienwerder).

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten, für die eingesandten bester Dank abgestattet.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede $1^1|_2$ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. **1. Oktober 1883.** **Nro. 19.**

INHALT.

I. REFERATE. 484) Bechterew: Ueber die Localisation der Hautempfindung (Tast- und Schmerzsinn) und des Muskelgefühls in der Grosshirnrinde. 485) Navratil: Ueber einen durch Trepanation geheilten Fall von Knochendepression. 486) Espian de Lamaestre: Fall von spät aufgetretener Paralyse. 487) Fabre de Parrel: Alkoholistischer Verfolgungswahn gefolgt von Paralyse. 488) Rey: Beitrag zur pathologischen Anatomie der Paralyse. 489) Duterque: Die ophthalmoscopischen Veränderungen bei der Paralyse. 490) Baillarger: Hallucinationen bei Paralyse. 491) Foville: Fall von Paralyse. 492) Taguet: Einfache paralytische Demenz mit melacholischem Delir und gleichzeitigem Grössenwahn. 493) Christian: „Mal perforant" bei Paralyse. 494) Rey: Hysterische Anfälle bei einem Paralytiker. 495) Brunet: Behandlung und Heilung der Paralyse. 496) Ritti: Lokale Asphyxie der Extremitäten im Depressionsstadium der circulären Geistesstörung. 497) Pons: Fall von sympathischer Geistesstörung. 498) Petrucci: Trauma mit Perforation des Schädels. 499) Rousseau: Aphasie und Geistesstörung. 500) Bourdin: Ueber das Lügen der Kinder. 501) Marandon de Montyel: Typhus und Geistesstörung. 502) Camuset: Ueber das Vorherrschen der depressiven Formen der Paralyse. 503) Maschka: Handbuch der gerichtlichen Medicin 4. Band: „Die gerichtliche Psychopathologie", bearbeitet von Schlager Wien), Emminghaus (Dorpat), Kirn (Freiburg i. Br.), Gauster (Wien) und von v. Krafft-Ebing (Graz).

II. VEREINSBERICHTE. 504) I. 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Freiburg. 505) Luys: Ueber Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund. 506) Luys: Ueber Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund. 507) Voisin: Ueber Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund. 508) Billod: Ueber Anstalten für irre Verbrecher etc.

III. PERSONALIEN.

I. Referate.

484) **Bechterew:** Ueber die Localisation der Hautempfindungen (Tast- und Schmerzsinn) und des Muskelgefühls in der Grosshirnrinde. (Wratsch 1883. Nro. 30.)

Verf. ist bei seinen Versuchen an Hunden zu folgenden wesentlichen Resultaten gekommen.

Eine Zerstörung der motorischen Zone, welche die Grenze des reizbaren Theils der Hemisphärenoberfläche nicht überschreitet, setzt bei den Thieren gar keine Veränderung in der sensiblen Sphäre. Verf. meint, dass die operirten Thiere die contralateralen Extremitäten nach Hautreizen oder passiven Bewegungen der betreffenden Glieder desshalb nicht zurückziehen, weil sie die Fähigkeit, willkürliche Bewegungen auszuführen, verloren haben. Man kann sich indirect von der

Integrität der tactilen Sensibilität und des Muskelgefühls dadurch überzeugen, dass die Thiere hin und wieder auf die gereizte contralaterale Extremität hinschauen. Es stellt aber der Theil der Hemisphärenoberfläche, welcher zwischen der motorischen Zone und den Centren des Sehens (Occipitallappen) und des Hörens (Schläfelappen) sich befindet, ein ausgedehntes sensibles Gebiet für Haut und Muskeln dar, da nach B.'s Versuchen eine Zerstörung dieser Region sehr ausgesprochene Sensibilitätsstörungen auf der entgegengesetzten Körperhälfte setzt. Je nach dem Orte der Zerstörung sieht man Veränderungen in der tactilen Sensibilität, dem Muskelgefühle und der Empfänglichkeit für schmerzhafte Reize auftreten. Wird die unmittelbar hinter dem Gyrus sigmoideus liegende Region zerstört, so tritt constant eine Abstumpfung der tactilen Sensibilität auf der entgegengesetzten Körperhälfte mit Ausnahme des Gefühls ein; dieses letztere verliert mehr oder weniger seine Tastempfindlichkeit nach Zerstörung der unmittelbar nach aussen vom Gyrus sigmoideus liegenden Partie. Wird die zwischen dem äusseren Rande des Gyrus sigmoideus und der Spitze des Schläfelappens an der Stelle der 3. und 4. primären Windung gleich oberhalb des Ursprungs der fossa Sylvii liegende Partie zerstört, so bleibt die Hautsensibilität intact, während sehr deutlich ein Verlust des Muskelgefühls und Abstumpfung der Sensibilität für schmerzhafte Reize an den contralateralen Extremitäten entweder auf deren ganzen Oberfläche oder nur an gewissen Stellen sich zeigt. Sind die Verletzungen weniger intensiv, so erscheinen Veränderungen entweder nur in der Sphäre des Muskelgefühls bei unveränderter Empfindlichkeit der Haut für schmerzhafte Reize oder nur in dieser letzteren Sphäre.

Verf. meint aus seinen Versuchen schliessen zu können, dass es an der Gehirnoberfläche Centren für Tastempfindung, Muskelgefühl und Schmerzempfindung gebe, und dass das Centrum für Tastempfindungen unmittelbar nach hinten aussen von der motorischen Zone läge, während diejenigen für Muskelgefühl und Schmerzempfindung sich gleich oberhalb des Ursprunges der fossa Sylvii befänden; alle diese Centren hängen eng miteinander zusammen.

Eine ausführliche Beschreibung der Versuche folgt nächstens.

Hinze (St. Petersburg).

---

485) **Emerich Navratil** (Budapest): Ueber einen durch Trepanation geheilten Fall von Knochendepression. (Orvosi Hetilap 1883. Nro. 22.)

Verf. stellte in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Budapest (31. März 1883) einen Kranken vor, der vor 4 Jahren auf den Schädel einen Hieb bekam und seit 2 Jahren demzufolge an epilept. Anfällen leidet, die immer zunahmen und in causalem Zusammenhange mit der eingetretenen Knochendepression standen. Pat. hatte am oberen Rande des r. Scheitelbeines eine $5^1/_2$ Ctm. lange und 3 Ctm. breite ovale Knochendepression. An dieser Stelle hat Pat. beständiges Druckgefühl.

Verf. vollführte die indicirte Trepanation am 10. December

1882 unter Chloroform-Narcose und aseptischen Cautelen. Mühsame Operation. Es mussten 6 Trepanöffnungen gemacht und die Mittelstücke mittelst Meissel und Hammer entfernt werden. Der eingedrückte Knochen war sehr verdickt; Dura mater darunter stark hyperämisirt, sonst normal. Die eingelegten Drains konnten am 15. Decbr. schon entfernt werden, Wundheilung war schnell erfolgt. Nach der Operation verminderten sich die Anfälle, und während sie früher 2—3 mal des Tags auftraten, hatte jetzt Patient vom 14. Decbr. bis 28. Decbr., dann bis 9. Januar 1883 keinen Anfall. Auch ihre Heftigkeit liess nach. Am 11. Januar und 7. Februar hatte er starke Attaquen. Dann bis zum 23. März — *also 45 Tage* — kein Anfall.

Verf. bespricht sodann den Zusammenhang der Epilepsie mit Knochendepressionen nach Durchforschung aller literarisch-statistischen Daten und zeigt an der Hand derselben, dass die Anfälle in einem Zeitpunkte von ein paar Stunden — auch plötzlich — nach 1—6 Wochen, 6 Monaten, 1—2 Jahren eintreten. In einem Falle von Bell waren sogar 17 Jahre unterdessen verstrichen und nach vollzogener Trepanation blieben sie gänzlich aus.

Verf. erörtert sodann die Frage, ob in solchen Fällen, wo noch die Gehirnfunctionen ungestört sind, die eingedrückten Knochenstücke präventiv entfernt, oder ob diese prophylactische Operation auf die Zeit der schon eingetretenen Veränderungen verschoben werden solle?

Verf. meint, dass nach der heutigen Localdiagnostik der Gehirnkrankheiten, nach der Kenntniss der normal-physiologischen Functionen einzelner Hirn-Partien, bei der Sicherheit der neueren Wundbehandlung die früher berechtigte Angst der Chirurgen schwinden muss und beweisst, dass die Trepanation in solchen Fällen — mit Ausnahme der gemeinen und corticalen Epilepsie — ebenso indicirt erscheine, wie z. B. die Laparotomie bei sonst unheilbaren Bauchgeschwülsten. Die Trepanation ist bei der jetzigen chirurg. Technik und Wundbehandlung ein ganz ungefährlicher Eingriff. Verf. hat schon aus verschiedenen Gründen 12 mal trepanirt, und nie einen Pat. in Folge der Operation verloren.

Wenn trotz der Trepanation Epilepsie eintritt, dann liegt ihre Ursache schon im Gehirne selbst und nicht in der bloss mechanischen Verletzung desselben. Verf. würde sogar nicht zögern einen Theil der verdickten Dura zu exstirpiren. Hautnarben sind durch Excission zu entfernen. Solche cicatricielle Bildungen nach Verheilung von Traumen verursachen oft Epilepsien und diese schwinden nach operativen Eingriffen.

Nach Verf. hat die Operation oft den Werth einer Probe-Operation. Sie ermittelt, dass die Epilepsie nicht peripher, sondern central bedingt ist.

Ladislaus Pollák (Gross-Wardein, Ungarn.)

---

486) **Espian de Lamaestre** (Ville Evrard): Un cas de paralysie générale tartive. (Fall von spät aufgetretener Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. Juli 1882.)

Ein 70jähriger Mann erkrankte an Grössenwahn, Sprechstörung, Pupillendifferenz etc. und starb 2 Jahre darauf. Section: Hirnhäute dick opak, Verwachsungen mit der Hirnrinde besonders am Stirn- und Schläfenlappen, tiefe Erweichung der grauen und starke Verhärtung der weissen Substanz. Viel Flüssigkeit in den Ventrikeln. Granulation daselbst. Otto (Dalldorf).

---

487) **Fabre de Parrel** (Quatres-Mares): Délire de persécution Systématisé d'origine alcoolique suivé de paralysie générale. (Alkoholistischer Verfolgungswahn, gefolgt von Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. Juli 1882.)

Fall von Paralyse, die zuerst durch Aeusserung des Alkoholismus verdeckt war. Otto (Dalldorf).

---

488) **Rey** (Ville Evrard): Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale. (Beitrag zur pathologischen Anatomie der Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. Juli 1882.)

Die von Baillarger beschriebene, oberflächliche Erweichung der Hirnrinde fand R. bei einer Anzahl von Paralytikern. Er konnte fast die ganze graue Substanz mit dem Wasserstrahl abspülen oder mit dem Skalpellrücken wegnehmen. An dem vorderen Theile des Stirnlappens, der Insel aus dem Grund der Fossa Sylvii war diese Veränderung hauptsächlich zu finden, das obere Drittel der Stirnwindungen und der Centralwindungen und des Paracentralläppchens waren frei, selbst wenn Verwachsungen sich über diese Gegend hinauserstreckten. Otto (Dalldorf).

---

489) **Duterque** (Auxerre): Les lésions ophthalmoscopiques dans la paralysie générale. (Die ophthalmoskopischen Veränderungen bei der Paralyse. (Ann. méd. psycholog. September 1882.)

Verf. fand bei Paralyse, den Augenbefund angehend, in der ersten Periode Congestion der Papille, variköse Erweiterung der Gefässe, später papilläres und peripapilläres Odem, zuletzt Atrophie der Papille und möchte diese Momente diagnostisch verwerthet wissen. Otto (Dalldorf).

---

490) **Baillarger**: Des hallucinations dans la paralysie générale. (Hallucinationen bei Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. Januar 1883.)

Verf. bestätigt das seltene Vorkommen von Gehörshallucinationen im Verlaufe der Paralyse. Er weist auf eine von ihm im Jahre 1844 der Akademie der Medicin vorgelegte Preisarbeit hin, in der er bemerkte, dass, wenn bei einem ausgesprochenen paralytischen Kranken lebhaft Gehörshallucinationen auftreten, dies erwarten liesse, dass die Krankheit einen sehr langen Verlauf nehme, und zum Belege die Krankengeschichte

eines Paralytischen beifügte, der an lebhaften Gehörshallucinationen litt und dessen Tod nach 17 Jahren in Folge einer Urogenitalaffektion eintrat.
Otto (Dalldorf).

---

491) **Foville** (Charenton): Paralysie générale. (Fall von Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. November 1882.)

Ein Mann erkrankte an Melancholie, die nach kurzer Dauer anscheinend in Genesung überging. Nach einiger Zeit tritt ein heftiger Erregungszustand auf, mit Grössendelir, ohne Sprachstörung. Baldige Besserung dieses Zustandes. Erst später machte das Auftreten von zahlreichen epileptiformen Anfällen mit nachfolgender Sprachstörung, die Diagnose der Paralyse sicher.
Otto (Dalldorf).

---

492) **Taguet** (Dijon): Démence paralytique primitive avec simultanéité de délire mélancolique et de délire ambitieux. (Einfache paralytische Demenz mit melancholischem Delir und gleichzeitigem Grössenwahn.) (Ann. méd. psycholog. 1882. November.)

Fall von Paralyse ohne initiale, kongestive Attaquen, mit melancholischer Verstimmung, hypochondrischen, Vergiftungs- und Verfolgungsideen und gleichzeitig mit dem ausgeprägtesten Grössenwahn einhergehend.
Otto (Dalldorf).

---

493) **Christian** (Charenton): Mal perforant du pied dans la paralysie générale. („Mal perforant" bei Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. 1882 September.)

Verf. beobachtete bei 2 Paralytikern „mal perforant" mit einer Remision der sonstigen Erscheinungen einhergehend. Er meint man könne dasselbe vielleicht mit der Paralyse in einen innern Zusammenhang bringen, wie es schon von anderen für Tabes geschehen ist. Weiter betont er die günstige Wirkung desselben auf den Verlauf der Paralyse, ähnlich den Besserungen nach langen Eiterungen.
Otto (Dalldorf).

---

494) **Rey** (Ville-Evrard): Crises hystériques chez un homme atteint du paralysie générale. (Hysterische Anfälle bei einem Paralytiker.) (Ann. méd. psycholog. 1883 Januar.)

Ein 25 jähriger Paralytiker zeigt acht hysterische Anfälle, später treten auch epileptiforme auf, die zu halbseitiger Parese und dann zum Tode führen.

Verf. betont die Seltenheit und das Aussergewöhnliche dieses Symptomenkomplexes, der nur ausnahmsweise bei paralytischen Frauen zu finden ist und hier sogar einen jungen Mann betraf.
Otto (Dalldorf).

---

495) **Brunet** (Evreux): Traitement et curabilité de la péricérébrite. (Behandlung und Heilung der Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. 1882 November.)

Die Pericerebritis (Paralyse) ist nach Verf. in einzelnen Fällen

heilbar und würde es noch viel häufigere sein, wenn eine energische Behandlung zu Beginn eingeleitet würde. Er empfiehlt Blutentziehungen, prolongirte Bäder mit kalten Kopfumschlägen, Tart. stib. (0,15—0,50 gr. pro die), Kal. brom. (bis zu 12 gr. pro die) und beginnt mit Tart. stib., wenn der Patient nicht zu schwach ist. Drei Krankengeschichten illustriren den günstigen Erfolg dieser Behandlung. Es handelt sich allerdings um ganz exquisite kongestive Formen der Paralyse, bei denen dieses energische Verfahren seine Berechtigung gehabt haben mag. Otto (Dalldorf).

---

496) **Ritti** (Charenton): De l'aphyxie locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme. (Lokale Asphyxie der Extremitäten im Depressionsstadium der circulären Geistesstörung.) (Ann. méd. psycholog. 1882 Juli.)

Verf. theilt zwei Fälle von circulärer Geistesstörung mit, bei denen er im Depressionsstadium die Haut der Finger oder Zehen kalt, weiss oder blass-violett, anästhetisch fand, während im Exaltationsstadium diese Erscheinung verschwand. Gleichzeitig bestand Kleinheit des Pulses, Verringerung der Frequenz in dem einen Falle von 99—100 während die Exaltation auf 66, in dem andern von 76 auf 46 während der Depression. Die Dauer der Phasen war ungefähr 14tägig, im zweiten Falle war das Depressionsstadium regelmässig einige Tage länger.

Otto (Dalldorf).

---

497) **Pons** (Marseille): Dote sur un cas de folie sympathique. (Fall von sympathischer Geistesstörung.) (Ann. méd. psycholog. September 1882.)

Eine 53jährige Frau erkrankte mit Hallucination, Vergiftungswahn, Nahrungsverweigerung, Verwirrtheit. Nach einigen Wochen Entdeckung von Bandwurmgliedern im Stuhl. Nach Entfernung eines Theils des Bandwurmes trat erhebliche Besserung ein, es blieb aber noch ein scheues Wesen gegen die Umgebung bestehen. Nach 4 Wochen Wiederholung der Bandwurmkur, Abgang des ganzen Thiers, Heilung. Otto (Dalldorf).

---

498) **Petrucci** (Sainte-Gemme-sur-Loire): Traumatisme avec perforation du crâne. (Trauma mit Perforation des Schädels.) (Ann. méd. psycholog. September 1882.)

Ein Hallucinant, der sich in selbstmörderischer Absicht mit einem Hammer auf den Kopf geschlagen, bekam eine Fraktur des linken Scheitelbeins, darauf rechtsseitige Hemiplegie. Aus der Kopfwunde kam viel übler Eiter. Tod.

Section: Fistulöse Oeffnung an der ersten Stirnwindung, die zu einem Abscess unter dem hinteren Drittel derselben Windung und dem Paracentralläppchen führt. Durchbruch des Eiters in den dritten Ventrikel und von da Verbreitung bis an die Basis und in der vierten Ventrikel. Otto (Dalldorf).

---

499) **Rousseau** (Auxerre): De l'aphasie dans ses rapports avec l'aliénation mentale. (Aphasie und Geistesstörung. (Ann. méd. psycholog. November 1882.)

Die Frage, ob eine Läsion des Hirnes, die Aphasie bedingt, gleichzeitig Geistesstörung hervorrufen könne, wird verneint. Beide Zustände treten überhaupt sehr selten zusammen auf; es handelt sich meist nur um einfache Coincidenz. Die Intelligenz bleibt bei einer Aphasie verursachenden Läsion zuweilen ganz frei, in häufigeren Fällen wird sie etwas geschwächt.

Bei Geisteskranken wird seltener Aphasie bemerkt, weil die klinische Aeusserung der Hirnveränderung wegen der Stumpfheit der Patienten nicht zu Stande kommt. Otto (Dalldorf).

---

500) **Bourdin**: Les enfants menteurs. (Ueber das Lügen der Kinder.) (Ann. méd. psycholog. Januar 1883.)

Verf. untersucht das Lügen, insbesondere bei den Kindern. Letztere lügen aus den verschiedensten Anlässen. Sie gefallen sich darin, thun es zur Unterhaltung oder Vertheidigung oder instinktiv. Die sog. Reinheit der Kindesseele zerfällt somit in nichts.

Vom moralischen Standpunkte aus stellt B. auf: 1. die zur Unterhaltung oder Zerstreuung gemachte Lüge, 2. die entschuldbarer Weise im öffentlichen oder privaten Interesse erfolgte, 3. die Lüge des Bösewichtes, der zu seinem Nutzen oder anderer Schaden lügt.

Psychologisch ist der geistige Zustand des Lügners zu beachten, je nachdem derselbe in vollem oder beschränktem Gebrauch seiner geistigen Fähigkeiten ist, oder einen geistigen Defekt hat oder zu den impulsiven Lügnern gehört, die aus Vergnügen an der Lüge es thun.

Otto (Dalldorf).

---

501) **Marandon** de **Montyel** (Dijon): De la fièvre Typhoide dans ses raports avec la folie. (Typhus und Geistesstörung.) (Ann. méd. psycholog. 1883 Mai.)

Es gibt pertyphöse und posttyphöse Delirien. Die ersteren sind initiale, eigentliche Fieber-Delirien oder solche der Convalescenz, die letzteren sind mittelbare oder unmittelbare. Als Ursache der geistigen Störung wird nicht das Typhusgift mit seiner Einwirkung auf das Centralnervensystem (Kraepelin), sondern eine Hirnkongestion (Luys) bei der initialen, eine Hirnanämie bei Delirien der Convalescenz angenommen. Ausserdem spielt die individuelle Prädisposition für Psychosen auch hier eine grosse Rolle. Die initialen Delirien sind bei Prädisponirten schwerer, sie können zur Verwechslung mit akuter, kongestiver Manie führen.

Die pertyphösen Delirien sind meist heilbar, die andern im Ganzen unheilbar.

Die typhöse Erkrankung schafft eine Prädisposition für Delirien mittelbarer Natur.

Die unmittelbaren posttyphösen Delirien haben die Form der Manie und führen rasch zu Blödsinn.

Bei Geisteskranken ist Typhus selten, er bessert oder heilt die kurabelen Fälle, lässt intakt oder verschlimmert dagegen die chronischen. Die Prädisposition zu Psychosen kann der Typhus nicht beeinflussen. Otto (Dalldorf).

---

502) **Camuset** (Vaucluse): Note sur la prédominance actuelle des formes dépressives de la folie paralytique. (Ueber das Vorherrschen der depressiven Formen der Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. 1883 Mai.)

In Vaucluse beobachtete Verf. im Jahre 1882 173 Fälle von Paralyse bei Männern, unter denen sich 44 mit einfacher Dementia paralytica, 81 mit depressiver, 39 mit expansiver Aeusserung befanden. Danach möchte Verf. statuiren, dass paralytische Geistesstörung mit depressiver Aeusserung die weitaus häufigere sei.

Otto (Dalldorf).

---

503) **J. Maschka:** Handbuch der gerichtlichen Medicin 4. Band: „Die gerichtliche Psychopathologie", bearbeitet von Schlager (Wien), Emminghaus (Dorpat), Kirn (Freiburg i. Br.), Gauster (Wien) und von v. Krafft-Ebing (Graz) 658 S. (Tübingen 1882. Laupp'sche Verlagsbuchhandlung.)

Es hat immer etwas Missliches ein Buch zu besprechen, welches von mehreren Autoren verfasst ist, wenn man sich nicht auf ein blosse Inhaltsangabe beschränken will. Von vornherein wird man kaum erwarten können, dass dasselbe aus einem Gusse gearbeitet ist, und man wird zufrieden sein müssen, wenn die einzelnen Autoren in der prinzipiellen Auffassung des Stoffes nicht allzu weit von einander abweichen. Dass diese Voraussetzung in dem vorliegenden Bande erfüllt ist, wird jeder Sachverständige gerne zugeben. Die Anschauungen der Mitarbeiter scheinen uns erfreulicher Weise so homogen zu sein, wie es auf einem so schwierigen Gebiete wie die gerichtliche Psychopathologie kaum zu hoffen war. Immerhin werden jedoch auch hier dem aufmerksamen Leser ganz kleine Differenzen nicht entgehen, welche sich nicht nur auf die Auffassung und Beurtheilung von Einzelfällen beziehen, sondern auch auf die Stellung der gerichtlichen Psychopathologie zur Humanität, auf die subjective Auffassung von der letzteren selbst und auf die Stellung der ärztlichen Sachverständigen gegenüber dem Gerichtshof. Es sind das jene geringen Differenzen, wie sie sich trotz aller wissenschaftlichen Exaktheit und Schulung der Sachverständigen sehr leicht dort einstellen werden, wo sich nicht mit mathemathischer Sicherheit und gegebenen Grössen operiren lässt, sondern auch der Subjektivismus ein klein wenig mit zu sprechen pflegt. Man wird das letztere um so leichter verstehen, da es sich bei der gerichtlichen Psychopathologie um ein Gebiet handelt, welches sich einerseits mit den an und für sich schon so schwierigen Problemen krankhafter oder zweifelhafter Seelenzustände beschäftigt und andrerseits, wie kein zweites, mit den Verhältnissen des ganzen bürgerlichen und socialen Lebens, in Sonderheit mit der Rechtspflege, in inniger Berührung steht. Selbstver-

ständlich ist die gerichtliche Psychopathologie nicht als ein Grenzgebiet im eigentlichen Sinne zwischen Juristen (resp. Geschworenen) und psychiatrisch gebildeten Aerzten zu betrachten, als ein Gebiet, auf welchem erstere mit derselben Erfahrung und Einsicht ausgerüstet wären und die gleiche Höhe und Weite der Auffassung besässen, wie die letzteren; indessen vermag der Arzt bei der heutigen Lage der Dinge, speciell der Gesetzgebung, ein Berühren nicht rein ärztlicher Fragen, ein gewisses philosophisch-psychologisches Moment nicht ganz zu umgehen. Dies gilt vor Allem von der Frage nach „der Willensfreiheit", „der freien Willensbestimmung", „der Zurechnungsfähigkeit". So lange der Gerichtsarzt noch nicht in der Lage ist, diese Fragestellung abzulehnen, oder so lange im Gesetze noch nicht ausdrücklich dem Richter allein die Beantwortung dieser Fragen zugewiesen ist, oder diese Fragestellung im Gesetz überhaupt ganz wegfällt, wird der Gerichtsarzt vor der Lösung einer Aufgabe stehen, welche streng genommen nichts mit seiner ärztlichen Erfahrung zu thun hat, sondern sich von dem Boden der exakten Wissenschaften ganz entfernt, wodurch subjectiven Anschauungen und Meinungsdifferenzen Thür und Thor geöffnet wird, während sich zwischen wirklichen Sachverständigen (nicht bei beliebigen Aerzten) bezüglich der Beantwortung der Frage, ob Geistesstörung vorliege oder nicht, selbst in heikelen Fällen nur höchst selten Differenzen ergeben dürften. Ob freilich eine Aenderung der bezüglichen Gesetzesbestimmungen im Sinne der beiden erst genannten Modalitäten der Humanität zu Gute käme, erscheint uns sehr zweifelhaft, da die Beantwortung jener Fragen, die zur Zeit noch im Brennpunkt des gerichtlich-psychopathologischen Verfahrens stehen, in diesem Falle ganz alleine den Richtern anheim gegeben wäre, die sich selbst nach den sorgfältigsten und gelungensten gerichtsärztlichen Expertisen doch nie so in das ganze Sein und Wesen des Exploraten hineindenken können, wie der Seelenarzt. Die dritte Modalität, der zu Folge der blosse Nachweis der Geistesstörung genügen würde, ein Vergehen etc. als nicht vorhanden anzusehen, würde unsrer Ansicht nach in manchen Fällen über das Ziel einer gesunden Humanität hinausschiessen, obschon sie vom Standpunkt des Arztes aus die angenehmste wäre und zur Beseitigung differenter Meinungsäusserungen der Sachverständigen nicht wenig beitragen würde. Es kann somit nicht Wunder nehmen, wenn wir auch in dem vorliegenden Werke trotz der Auswahl möglichst homogener Bearbeiter hier und da derlei kleinen Differenzen begegnen, Differenzen, die öfter nur zwischen den Zeilen zu lesen sind.

Nach diesen einleitenden Betrachtungen gehen wir zur Besprechung der einzelnen Abschnitte über und beginnen mit:

I. Schlager (Wien): „Ueber die Bedeutung und die Aufgaben der Irrengesetzgebung im Rechtsstaate, sowie über den Gegenstand und die verschiedenen Richtungen psychiatrisch-forensischer Untersuchungen." 156 S.

Schlager unterscheidet zwischen forensischer und gerichtlicher Psychopathologie. Letztere ist ein Unterbegriff der ersteren und hat nur die Beziehungen der Psychopathologie zu den Gerichten zum Ge-

genstand. Die Aufgaben der Irrengesetzgebung haben sich nach ihm auf eine möglichst rasche und gesicherte Herbeiführung der Wiedergenesung der Geisteskranken, ferner auf die Wahrung der Rechte derselben und schliesslich auf den Schutz der Gesellschaft (den Geisteskranken gegenüber) zu richten. Die betreffenden Gesetze werden demnach in einen politisch-administrativen, in einen civilrechtlichen und in einen strafrechtlichen Theil zerfallen. Wir halten es mit Schlager für dringend geboten, dass die Legislative endlich an die Ausarbeitung eines alle diese Verhältnisse umfassenden, organisch gegliederten rationellen Irrengesetzes schreitet, dessen die meisten Länder bis jetzt entbehren und an dessen Stelle bislang nur unzureichende Einzelbestimmungen, noch dazu an vielen Stellen zerstreut, existiren. Wir hätten gewünscht, dass Schlager sich über die einzelnen Aufgaben einer rationellen Irrengesetzgebung noch etwas näher ausgesprochen und vielleicht den Entwurf eines einheitlichen Irrengesetzes in grossen Zügen mitgetheilt hätte. In seinen Ausführungen vermissen wir ferner praktische Vorschläge bezüglich der Erleichterung des Aufnahmeverfahrens, bezüglich der staatlichen Controlle der Anstalten durch Sachverständige, der ärztlichen (polizei-ärztlichen?) Controlle gebessert oder ungeheilt Entlassener, ausser Curatel Gesetzter, nicht internirter wegen Geistesstörung etc. freigesprochener Verbrecher, in Bezug auf die öftere Revision der Strafanstalten seitens psychiatrisch wohl erfahrener Aerzte zum Zwecke der Verhütung inhumaner Behandlung zweifelhafter oder gar entschieden geistesgestörter Insassen u. dergl. mehr. In dem Capitel über die psychiatrisch-forensische Untersuchung behufs Constatirung von Besserung oder Wiederherstellung Geisteskranker und behufs Aufhebung der Curatel (S. 76) hat Schlager unsrer Ansicht nach zu viel Gewicht auf das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein des Krankheitsbewustseins gelegt und nicht erwähnt, dass dasselbe einerseits bei Fortbestehen der Krankheit manchmal kürzere oder längere Zeit vorhanden sein, andererseits selbst bei Geheilten fehlen kann. Die Frage über die Stellung des Gerichtsarztes zu dem Begriff der Zurechnungsfähigkeit und der Dispositionsfähigkeit hat der Verf. nur mit einem einzigen Satze gestreift. Bei der Wichtigkeit derselben hätte ihr in einem so ausführlichen Handbuch ein grösserer Platz eingeräumt werden sollen, auch wenn der Verf. geneigt wäre, die Bedeutung dieser Frage auf theoretisch-speculativem, rein philosophisch-juristischem Gebiete zu erblicken. Dass Schlager annimmt, Geistesgestörte könnten unter Umständen zur Vornahme gewisser rechtskräftiger Handlungen, z. B. der Abfassung eines Testamentes, im Stande sein, wenn sie sich der ganzen Bedeutung und Tragweite der betr. Handlung bewusst wären und offenbar nicht von krankhaften Motiven geleitet würden (S. 126), scheint uns in dieser Allgemeinheit ausgesprochen gefährlich zu sein, und widerspricht auch Schlager's eignen Begriffen von einer normalen Zurechnungs- und Dispositionsfähigkeit. Man denke nur an gewisse Formen von primärer Verrücktheit, in denen die Kranken oft eine recht gute Intelligenz und grosse Schlauheit besitzen, und wo sie dieselbe dazu benutzen, durch Dis-

simuliren und geschickte Vorspiegelungen ihre krankhaften Motive zu verbergen. Auch hegen wir ein prinzipielles Bedenken, in solchen oft folgenschweren civilrechtlichen Fällen dem Kranken die Zurechnungsfähigkeit (d. h. also hier die Dispositionsfähigkeit) zuzuerkennen, während man sich ärztlicherseits vielleicht bei anderen civilrechtlichen Vorkommnissen, gewiss aber im strafrechtlichen Falle keinen Augenblick besinnen würde, das nämliche Individuum für „nicht dispositionsfähig“ resp. „unzurechnungsfähig“ zu erklären. Ueberhaupt scheint uns gerade über diesen Punkt eine Klärung der Meinungen bis jetzt noch nicht erfolgt, aber dringend erforderlich zu sein. In dem Abschnitt über Simulation, der im Uebrigen recht gut ist, vermisst man die Erwähnung des Nutzens einer längeren heimlichen Beobachtung des Simulanten. Auf S. 130 muss es heissen; „Ein negativer Sectionsbefund beweisst nichts *für* die Geistesintegrität“, statt *gegen*.

Im Ganzen hat uns die Arbeit Schlager's nicht besonders gefallen. Sie verbreitet sich über einzelne Themata zu kurz über andre zu weitschweifig, auch ist sie schwerfällig im Styl und im Ausdruck und liest sich deshalb schlecht. Dies mag zum Theil an dem spröden und abstrakten Stoff liegen, den der Verf. zu behandeln hatte.

II. Emminghaus: „Kinder und Unmündige.“

Es ist als sehr erfreulich zu bezeichnen, dass in den meisten Ländern eine Altersgrenze für Kinder aufgestellt ist, unter welcher eine strafrechtliche Verfolgung böswilliger oder verbrecheriger Handlungen ausgeschlossen ist. Denn im kindlichen Alter wirkt nichts verderblicher auf Geist und Gemüth als eine gerichtliche Untersuchung, Untersuchungs- oder Strafhaft, selbst wenn letztere auch in der Form der Einzelhaft stattfinden sollten. Dagegen sind Bestimmungen wie die des deutschen Strafgesetzbuches, wonach kindliche und unmündige Individuen wegen gesetzwidriger Handlungen zum Zweck der Besserung und gehöriger Beaufsichtigung in Erziehungs- oder Besserungsanstalten gebracht werden können, sehr nützlich. Letztere dürfen dann aber auch nur für jugendliche Individuen bestimmt sein. Die Behandlung und Einwirkung auf solche Individuen muss sich vornehmlich danach richten, ob es sich um geistig normale oder ausgeartete und verwilderte oder um abnorme, krankhaft veranlagte und entwickelte Subjecte handelt. Bei der ersteren Kategorie kann von der Detinirung in einer derartigen Anstalt Abstand genommen werden, wenn die häuslichen Verhältnisse die genügende Garantie bieten, dass das nöthige Maass von Erziehung und Correktivmitteln zur Verhütung weiterer Ausschreitungen in Zukunft angewandt wird. In Wiederholungsfällen sollen aber auch diese Kinder stets in eine solche Anstalt gebracht werden. Noch entschiedener aber als Emminghaus stimmen wir für die sofortige Detinirung von kindlichen Verbrechern, wenn die häusliche Zucht gänzlich mangelt, wenn sich erbliche Belastung, Entwicklungsanomalien und eigenthümliche Charakterzüge bei denselben nachweisen lassen. Für Kinder mit entschieden schwachsinniger Anlage oder mit prägnanten Zeichen von krankhaftem Egoismus und etischen Defekten müssen unsrer Ansicht nach besondere Abtheilungen in Anlehnung an die

Idiodenanstalten geschaffen und die Behandlung mehr in die Hand sachverständicher Aerzte gelegt werden. Die letztgenannte Kategorie von Kindern bedarf zweifellos am längsten einer sachgemässen Behandlung und dürfte nach unserer Meinung nicht eher entlassen werden, als bis sich ganz untrügliche Zeichen einer vollständigen Besserung und Charakteränderung ergeben haben, weil aus dem Kreise dieser Individuen mit Vorliebe die Classe der verbrecherischen Irren hervorgeht. Vielleicht sollte man bei derartigen Kindern gar nicht so lange warten, bis sie mit dem Strafgesetz in Conflikt gerathen sind, sondern sie durch ärztliche Schulrevisionen und durch Conferenzen zwischen sachverständigen Aerzten und den Lehrern zu ermitteln und unschädlich zu machen suchen. (Ref.)

Was die untere Grenze für das Alter der Unmündigkeit betrifft (in Deutschland das vollendete 12. Lebensjahr), so stimmen wir mit E. überein, dass dieselbe zu niedrig gesetzt ist, da erst im Beginn der Pubertät eine fundamentale Umwälzung in dem ganzen körperlichen und geistigen Leben eintritt. In dieser Periode und kurz nach derselben kommen relativ häufig Conflicte mit dem Sittengesetz zur Beobachtung. Bei Kindern sind es, soweit nicht pathologische Momente mitwirken, vorzüglich das Ueberwuchern der Phantasie und der Hang zur Imitation, welche gesetzwidrige Handlungen herbeiführen können. Bei (jugendlichen) Unmündigen spielt in dieser Beziehung das wachende Geschlechtsleben und ein romantisch überspannter Zug im Denken verbunden mit Empfindlichkeit des Gemüths die Hauptrolle. Beiden Altersstufen gemeinsam und von hoher Bedeutung für die Beurtheilung ist die Unreife des Intellekts, die sich psychologisch durch das mangelnde Verständniss für die abstrakten Begriffe — besonders die ethischen und moralischen kennzeichnet, physiologisch aber aus dem noch nicht vollendeten Wachsthum des Hirns gefolgert werden darf. Ist das Wachsthum ein retardirtes, so liegen die Verhältnisse natürlich noch ungünstiger für das betreffende Individuum. Auch die sogenannten „frühreifen" Kinder repräsentiren im Grunde einen krankhaften Entwicklungsgang. Während die gesetswidrigen Handlungen der Kinder überhaupt nicht bestraft werden können, ist eine Strafverfolgung bei Unmündigen nach dem Strafgesetzbuch dann statthaft, wenn sich aus der gerichtsärztlichen Untersuchung ergibt, dass der Inkulpat sich der Strafbarkeit und Tragweite seiner Handlung bewusst ist. Dabei ist im Auge zu halten, dass sich diese Einsicht erst nach der That eingestellt haben kann, eine plötzliche sprungweise Erkenntniss, die bei jugendlichen Individuen nichts Seltenes ist. Aber selbst, wenn die nöthige Erkenntniss zur Zeit der That vorhanden war, müssen stets mildernde Umstände angenommen werden.

Wir müssen es uns versagen, auf die Ausführungen des Verf. noch näher einzugehen, und bemerken nur noch, dass die ganze Arbeit von tiefem wissenschaftlichem Sinne und grosser Erfahrung zeugt und klar und geläufig geschrieben ist.

III. Emminghaus: „Blödsinn und Schwachsinn."

Verf. behandelt in dieser Arbeit die forensische Bedeutung des

angeborenen oder im ersten Lebensalter erworbenen Blöd- und Schwachsinns, der psychischen Entwicklungshemmungen.

Bei der Diagnose dieser Formen hat man sich hauptsächlich nach dem Stande der intellektuellen Fähigkeiten zu richten. Die leichteren Grade des Schwachsinns sind um so schwerer zu erkennen, als keine Vergleichung mit einer früheren physiologischen Persönlichkeit möglich ist. Diese Fälle gehören oft zu den allerschwierigsten in foro. E. fasst den Unterschied zwischen dem Blöd- und Schwachsinnigen dahin zusammen, dass „der erstere mit allen seinen geistigen Leistungen einzig und unmittelbar an der Sinnlichkeit haftet, während der letztere auch gewisser übersinnlicher Leistungen fähig ist.“

Sodann schildert E. in sehr treffender Weise die einzelnen Züge, welche jeder dieser beiden Krankheitsformen inne wohnen und den obigen Satz illustriren, und zeigt dabei, das die Anomalien des Fühlens, Begehrens und Handelns bei beiden im Grunde von den Anomalien des Vorstellens und Denkens bedingt und hervorgerufen werden. Auf S. 213 findet sich die Bemerkung, dass Blöd- und Schwachsinnige sehr oft durch die Erinnerung an eine für frühere Uebelthaten erlittene Strafe resp. Entziehung von Wohlthaten von der Wiederholung derselben Handlungen abgehalten worden, eine Eigenschaft, die im Anstaltsleben bei derartigen Individuen wohl zu verwerthen ist. Auf der andern Seite ist aber auch hervorzuheben, dass sich solche Kranke durch Versprechungen, falsche Vorspiegelungen, Drohungen etc. leicht zu gesetzwidrigen Handlungen bestimmen lassen.

Hand in Hand mit den psychischen Defekten findet man, besonders bei Blödsinnigen und den höheren Graden des Schwachsinns somatische Missbildungen und Defekte, wie Schiefheit, Asymetrie, zu grossen oder zu kleinen Umfang des Schädels, Verbildung der Ohren, zu grossen oder zu kleinen Mund, Verkrüppelung der Hände oder Füsse, Colobom der Iris, Retinitis pigmentosa u. dergl. mehr vor. Uebrigens kommen auch hochgradige Idioten ohne somatische Bildungsanomalien vor, während nicht selten leicht Schwachsinnige die Spuren schwerer körperlicher Degenerationen an sich tragen.

Was die forensische Beurtheilung der Blödsinnigen betrifft, so kann von einer Verantwortlichkeit derselben — selbst in den leichteren Formen — keine Rede sein, da die Einsicht von der Ungehörigkeit und Unsittlichkeit gesetzwidriger Handlungen und ein auf Ueberzeugung beruhendes Wissen von deren Strafbarkeit wegen Mangel an logischem Denken, an Urtheilsvermögen und moralischen Gefühlen nicht vorhanden sein kann. Die Frage der Verantwortlichkeit Schwachsinniger muss dagegen stets individuell behandelt werden, da unzählige Abstufungen von Geistesschwäche bei ihnen vorkommen. Im Allgemeinen darf man sagen, dass der Schwachsinnige, je richtiger er incriminirte Handlungen Anderer, die der seinigen ähnlen, beurtheilt, desto eher für die ihm zur Last gelegten Handlungen verantwortlich gemacht werden kann. Immerhin sollten — was E. nicht hervorhebt — seitens des Richters mildernde Umstände angenommen werden, wenn es sich nicht um sehr zweifelhafte schwer zu demonstrirende Fälle von Schwach-

sinn handelt. Die Entscheidung über die Verantwortlichkeit der Schwachsinnigen soll der Sachverständige nach E.'s Ansicht stets ganz dem Richter überlassen.

Bezüglich der Dispositionsfähigkeit Blöd- und Schwachsinniger hat sich E. zwar nirgends direkt ausgesprochen, wir glauben aber annehmen zu dürfen, dass er dieselbe diesen beiden Formen aberkannt haben will. Interessant wäre es ferner zu erörtern, ob sich die Dispositionsfähigkeit auch auf die Abfassung eines Testaments oder einer anderen Urkunde seitens eines leicht Schwachsinnigen erstrecken soll. Wir für unsere Person vertreten diese Ansicht.

Auch diese Arbeit E.'s weist im Ganzen die nämlichen Vorzüge auf, welche wir bei der Besprechung der vorhergehenden bereits erwähnten.

IV. Kirn: „Die einfachen Psychosen und die durch fortschreitende geistige Schwäche charakterisirten Seelengestörten."

Der Verf. entledigt sich seiner Aufgabe auf die Weise, dass er von jeder der hier in Betracht kommenden Psychose zunächst ein kurzes aber treffendes Bild entwirft und sodann unter Berücksichtigung und gehöriger Würdigung der einzelnen Symptome und des Mechanismus der Seelenstörung an die forensische Beurtheilung derselben herantritt. Um mit der Melancholie zu beginnen, so kommen hier fast nur Gewaltthaten in Frage. Dieselben erklären sich aus dem Vorhandensein schmerzlicher Affekte oder von Angstanfällen, oder von Zwangsvorstellungen oder von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Mit Ausnahme der letzteren Möglichkeit beruht die eigentliche Triebfeder zu den Gewaltakten fast immer auf dem Drange nach Erlösung von dem qualvollen und tiefschmerzlichen Seelenzustand. Es fehlt dabei das Bewusstsein der Folgen jener Handlungen, dieselben erfolgen nicht aus freier Wahl, sondern aus innerem krankhaftem Zwang; demnach sind bei denselben alle Bedingungen für die Zurechnungsfähigkeit aufgehoben. Beachtenswerth ist die Beherzigung, sich stets genau über den Zustand des Melancholischen vor Begehung der That zu orientiren, da sich nach derselben nicht selten ein mehr oder weniger lange anhaltende Erleichterung oder Ruhe in dem Zustande desselben bemerklich machen kann. Wo das treibende Motiv in Wahnvorstellungen oder Hallucinationen bestand, ist die geistige Unfreiheit dem Laien leichter verständlich zu machen.

Da im Allgemeinen bei der Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit der Schwerpunkt hauptsächlich in der ethischen Sphäre liegt, bei der Dispositionsfähigkeit aber vorzugsweise die intellektuelle Seite in Frage kommt, so will K. unter Umständen den Melancholischen, deren Intellekt ja nicht gestört sei, zumal im Remissionsstadium, die Dispositionsfähigkeit zuerkennen, was unserer Ansicht nach bedenklich erscheint. Jedoch geben wir zu, dass sich im Ganzen keine allgemeinen Regeln hierüber aufstellen lassen.

Bei der Manie sind es der gesteigerte Bewegungsdrang, Störungen in der Gefühlssphäre in Form der Erregbarkeit, und die gesteigerte Thätigkeit des Vorstellungslebens, welche zu allerhand gesetz-

widrigen Handlungen führen können. Hier kommen besonders Ehrenkränkungen, Beleidigungen, Widersetzlichkeiten, Diebstähle, Sittlichkeitsvergehen, Gewaltthaten bis zum Todtschlag in Betracht. Von Zurechnungsfähigkeit kann in allen diesen Fällen nicht die Rede sein. Ebensowenig sollte man aber, wie K. mit Recht betont, gerade hier die Dispositionsfähigkeit als vorhanden annehmen.

Die Tobsucht nimmt ihren Ausgangspunkt aus dem Bewegen und Streben. Bei ihr wird der Nachweis der Unzurechnungsfähigkeit und des Mangels der Dispositionsfähigkeit relativ leicht werden. K. erwähnt noch besonders der Tobsucht, die im Wochenbett und bei acuten fieberhaften Krankheiten entstehen kann. Er hätte noch die Tobsucht in Folge von Inanition anschliessen können.

Die Verrücktheit oder der Wahnsinn ist eine primäre Krankheit, bildet sich direct aus Störungen des Vorstellungslebens heraus und zeigt eine grosse Stabilität der Erscheinungen. Verf. unterscheidet eine Verrücktheit mit Wahn und eine mit Zwangsvorstellungen. Lassen sich die Spuren schon bis in die Kindheit verfolgen, so gilt die Sander'sche Bezeichnung: originärer Verrücktheit. Die geistige Begabung kann eine sehr gute sein, ist aber oft einseitig. Die Entwicklung der Krankheit ist sehr langsam. Oft gehen den eigentlichen Wahnvorstellungen schon Jahre lang Vermuthungen, Illusionen oder sogenannte „Ahnungen“ voraus. Der eigentliche Ausbruch pflegt ein viel rascherer und completerer zu sein, wenn er in der Form von Hallucinationen erfolgt. Die Wahnideen zerfallen im Grossen und Ganzen in zwei Hauptgruppen: den Verfolgungs- und den Grössenwahn. Letzterer scheint zum Theil unbewusst auf dem Wege des psychischen Reflexes, „als eine Art psychischer Compensation“ zu Stande zu kommen. Als Unterart des Verfolgungswahns bezeichnet K. den Querulantenwahn, bei welchem es sich nicht um die Idee der Beeinträchtigung der Lebensinteressen sondern der Rechtssphäre handelt. Eine weitere Abart der pr. Verrücktheit bildet die religiöse Verrücktheit, doch scheint dieselbe in früheren Zeiten relativ häufiger aufgetreten zu sein.

Die Rechtsverletzungen in Folge von Verrücktheit sind manichfach und oft recht schwer. Sie bestehen vornehmlich in: Schmähungen und Verleumdungen, Ehrabschneiden, Amtsbeleidigungen, Majestätsverbrechen, Gotteslästerungen, ferner in Angriffen auf die Umgebung, Misshandlungen, Körperverletzungen und Verstümmelungen, Todtschlag, Mord. Die Hauptaufgabe der gerichtsärztlichen Expertise wird es sein, schon ein längeres Bestehen krankhafter Geistesthätigkeit vor Begehung der incriminirten Handlung nachzuweisen und dann letztere aus den vorhandenen krankhaften Motiven abzuleiten. Indess auch der blosse Nachweis der Verrücktheit muss genügen, wenn das Letztere nicht gelingen sollte. Die Bedingungen für die Zurechnungsfähigkeit sind bei Verrückten vollkommen aufgehoben, da dieselben zwar nicht im Affekt und sogar mit vollem Bewusstsein und freier Ueberlegung, aber aus falschen Voraussetzungen, Wahnideen, und somit aus innerem Zwange handeln. In foro wird man richterlicherseits auch wohl immer Gewicht darauf legen, ob sich die incriminirte Handlung auf bestimmte

Wahnvorstellung zurückführen lässt und ob die Schwere der Handlung einigermassen im Einklang mit der Grösse der eingebildeten Gefahr, Bedrohung etc. steht. (Ref.).

Ueber die Frage der Dispositions- und Testirfähigkeit will K. individuell abgeurtheilt sehen, es gäbe einzelne partiell Verrückte, denen man diese Fähigkeiten ruhig zuerkennen dürfe. Ein grosser Theil der für Spitäler, religiöse Genossenschaften und dergl. gestifteten Legate kommen nach Legrand du Saulle übrigens unter dem Einfluss der Verrücktheit zu Stande. Die Frage, ob Verrückte unter Umständen als (nicht beeidigte) Zeugen vor Gericht vernommen werden könnten, wird von K. mit Recht bejaht. Verrücktheit mit Zwangsvorstellungen involvirt an und für sich durchaus nicht den Begriff der Unzurechnungsfähigkeit etc. in sich; es können aber heftige (Angst-) Affekte zu den Zwangsvorstellungen treten, dann wird man natürlich anders urtheilen müssen. Die Verrücktheit mit Zwangsvorstellungen geht aber schliesslich nicht selten in die Verrücktheit mit Wahnideen über.

Unter einfachem primär erworbenem Blödsinn, zu dessen Besprechung K. dann übergeht, versteht er die Zustände von Geistesstörung, welche in Folge von Kopfverletzungen, Gehirnerschütterungen, Entzündung des Gehirns oder seiner Häute, Gehirnapoplexien, herdartigen Gehirnerkrankungen und syphilitischen Leiden des Centralnervensystems entstehen. Die Grundzüge der primären erworbenen Demenz bestehen neben der Abschwächung resp. Aufhebung des Intellekts in einer mehr weniger ausgesprochenen Abstumpfung des moralischen Gefühls, in grosser Vergesslichkeit und in Reizbarkeit und grosser Neigung zu Wuthausbrüchen. Letzteres gilt besonders vom traumatischen Blödsinn. Die Zurechnungsfähigkeit ist bei diesen Dementen aufgehoben; nur wo erst Spuren einer beginnenden mit gemüthlicher Reizbarkeit verbundenen geistigen Abschwächung nachweisbar sind, kann eine beschränkte Zurechnungsfähigkeit angenommen werden. Was die Dispositionsfäigkeit der primär Blödsinnigen betrifft, so ist dieselbe erloschen. Bei solchen die erst schwachsinnig sind, ist sie eine relative, richtet sich zum Theil nach äusseren Umständen, und muss um so eher angezweifelt werden, je höher geistige Ansprüche an das betr. Individuum herantreten.

Der Altersblödsinn charakterisirt sich durch Schwachsinn bis zur Demenz, schwächliche Affektzustände, insbesondere melancholischer Natur, misstrauische Stimmung, Wahn des Bestohlenseins, grossen Egoismus, Reizzustand in der sexuellen Sphäre, einen gewissen allgemeinen Erregungsdrang und durch ängstliche Unruhe. In den leichteren Graden des Altersblödsinns wird man nach K. nicht immer unbedingt Unzurechnungsfähigkeit annehmen dürfen, das Gleiche gilt auch für die Dispositionsfähigkeit etc., jedoch muss man stets möglichst scharf individualisiren. Bei höherer Entwicklung der Krankheit kann natürlich von freier Willensbestimmung u. s. w. keine Rede mehr sein.

Bei der paralytischen Geistesstörung, deren vortreffliche klinische Schilderung im Original nachgelesen werden möge, sind es vorzugsweise die ersten beiden Stadien, welche dem Gerichtsarzt Gelegenheit

zur forensischen Expertise geben. In dieser Beziehung ist besonders die allmäliche und äusserlich nicht motivirte Umwandlung des Charakters der Patienten zu beachten, sodann die Zerstreutheit, die Vernachlässigung der äusseren Formen, häufige Schlaflosigkeit und eine gewisse Exaltation im ganzen Wesen. Die von Paralytikern ausgeübten rechtswidrigen Handlungen bestehen grösstentheils in Ruhestörungen, Injurien und Auflehnungen gegen die Staatsgewalt, Streitsucht mit Körperverletzungen, Vergehen gegen die öffentliche Schamhaftigkeit und gegen die Sittlichkeit, Diebstählen, Betrügereien, Urkundenfälschungen, falscher Buchführung, selten in Brandstiftungen und nur höchst vereinzelt in Verbrechen gegen das Leben der Mitmenschen. Die Diagnose ist leicht, sowie deutliche Spuren von Gedächtniss- und Urtheilsschwäche und Lähmungserscheinungen nachgewiesen sind. Die freie Willensbestimmung der Paralytiker ist indess nicht nur in der völlig ausgebildeten Krankheitsphase aufgehoben, sondern auch in den Anfängen und in den oft ganz bedeutenden Remissionszuständen dieser Krankheit. Noch grösser als die criminalrechtliche dürfte die civilrechtliche Bedeutung der paralytischen Geistesstörung sein. Hier kann von Dispositionsfähigkeit, Gültigkeit von Testamenten, Berechtigung zur Eheschliessung keine Rede sein. Wir glauben, dass selbst die Ausnahme, welche K. zugibt, nämlich Fälle, in denen eine völlige Remission schon über 1 Jahr besteht, am besten nicht gemacht würde. (Ref.).

Bei den secundären psychischen Schwächezuständen unterscheidet der Verf. die secundäre Verrücktheit und den secundären Blödsinn. Für die erste Form nimmt K. einen völligen Verlust der geistigen Freiheit an, während er bei leichteren Graden des letzteren, wie sie nicht selten als Residuen einer vorangegangenen Manie oder Melancholie getroffen werden, nur eine verminderte Zurechnungsfähigkeit gelten lässt. Natürlich müsse man genau untersuchen und individualisiren. Was die civilrechtliche Beurtheilung der secundären geistigen Schwächezustände betrifft, so gilt für sie das Nämliche, was über die primär Blödsinnigen gesagt ist.

Die ganze Abhandlung Kirn's zeugt von tiefer Sachkenntniss und Erfahrung und ist gewandt und übersichtlich geschrieben. Verf. ist im Gegensatz zu Schlager für die Beantwortung der Fragen nach der Zurechnungs- und Dispositionsfähigkeit seitens der Sachverständigen.

V. Gauster: „Psychische Entartungen.“ Dieselben gehören in forensisch-medicinischer Beziehung zu den am schwierigsten zu beurtheilenden Fällen. Sie zerfallen in die angeborenen und in die erworbenen. Erstere zeigen häufig auch allerlei somatische Degenerationszeichen und starke erbliche Belastung. Die erworbene Entartung entwickelt sich in kürzerer oder längerer Frist „aus einem durch Trauma, Neurosen, Trunksucht gesetzten oder anderweitig entstandenen Gehirnleiden.“ Einzelne besondere Typen der psychischen Entartungszustände sind das sogen. moralische Irrsein, das impulsive Irrsein, das periodische oder intermittirende Irrsein. In psychischer Hinsicht weisen alle Formen der Entartung Defekt- und Schwächezustände neben ge-

steigerter Reizbarkeit auf, und zwar überwiegt der ethische Defekt gewöhnlich bedeutend den intellektuellen.

Das periodische Irrsein zerfällt nach G. in die periodische Manie, die periodische Melancholie, das circuläre Irrsein und das periodische Delirium. Wir müssen es uns wegen Mangel an Raum leider versagen, auf die trefflich gelungene Schilderung und forensische Besprechung dieser Unterarten einzugehen. Es genüge, dass man in foro das Anfallsstadium und das sogen. lucide Intervall streng auseinander halten muss. Im ersteren ist natürlich jeder Grad von Zurechnungs- und Dispositionsfähigkeit etc. aufgehoben. Im Intervall kann man als Arzt eigentlich nicht annehmen, dass ein Zustand völlig freier Willensbestimmung vorhanden sei, allein es ist sehr schwer, dies dem Richter klar zu machen. Das Höchste, was man erreichen wird, sind mildernde Umstände. Dispositionsfähigkeit kann für die Zeit des Intervalls eher zugestanden werden, doch sei man auch damit sehr vorsichtig.

An die Beurtheilung des sogen. moralischen Irreseins muss man hauptsächlich vom anthropologischen Standpunkt herantreten. Bei genauer Exploration wird man neben der hervorragenden Schwäche und Perversität auf moralischem Gebiete auch Zeichen eines allgemeinen geschwächten Urtheilsvermögens finden. Nach G. wird der Sachverständige selten im Stande sein, in diesen Fällen für Annahme der Unzurechnungsfähigkeit zu plaidiren. In civilrechtlicher Beziehung wird es am besten sein, diesen Individuen jede Fähigkeit abzuerkennen. Dieselben gehören ausserdem ohne Ausnahme in die Irrenanstalt, was man wohl gerne mit dem Verf. unterschreiben wird.

Während bei der vorhergehenden Kategorie vorzugsweise ein Darniederliegen der corrigirenden Hemmungsorgane zu Grunde liegt, handelt es sich bei dem impulsiven Irresein ausserdem noch um ein Vorwiegen oft sehr plötzlich auftretenden und heftigen krankhaften Triebe. In forensischer Beziehung gilt hier das Nämliche wie bei der vorhergehenden Gruppe. Uebrigens beherzige der Sachverständige in allen diesen schwierigen Fällen, dass es seiner Würde angemessener ist, ein non liquet auszusprechen, als dem Richter ein theoretisches, phrasenhaftes Krankheitsbild zu entwickeln. Die Spuren psychischer (und somatischer) Entartung können sich überdies auf dem Boden der verschiedensten psychischen Krankheitsformen finden, ohne dass man es mit „psychischen Entartungen“ *κατ᾽ ἐκοχὴν* zu thun hat.

Auch G. verwirft, wie die Dinge nun einmal liegen, die Beantwortung der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit etc. seitens des Sachverständigen keineswegs, da die entsprechende Antwort bei diesem aus der Tiefe praktischer und wissenschaftlicher Kenntniss krankhafter Seelenzustände hervorgeht und daher eines gewissen Einflusses auf den Richter nicht leicht ermangeln wird. Anderenfalls würden diese Fragen von den Richtern, d. h. von Leuten, die sich nicht in ein gestörtes Seelenleben hinein zu denken vermöchten, beantwortet werden, und zwar oft zum Schaden der Humanität.

Die Arbeit G.'s ist verdienstvoll, erschöpfend und klar und mit Wärme geschrieben.

VI. v. Krafft-Ebing: „Alkoholisches Irresein, Epilepsie, Hysterie, Zustände krankhafter Bewusstlosigkeit, Aphasie, Taubstummheit.“

Die Zurechnungsfähigkeit und Dispositionsfähigkeit des Alkoholisten werden nach v. K. schon früher in Frage gestellt durch intellektuelle und moralische Defekte, durch Gemüthsreizbarkeit und durch die beständige Neigung zu weiterem Alkoholmissbrauch mit seiner toxischen und gefässlähmenden Wirkung. Bei vorgeschrittenen Zuständen von Alkoholismus chr., oder bei ausgesprochenen alkoholischen Bewusstseinsstörungen kann in keiner Weise mehr von einer rechtlichen Verantwortlichkeit die Rede sein. Ausser zu Delirium tremens kann es auch zu ausgebildeten Alkoholpsychosen kommen.

Bei der Epilepsie unterscheidet der Verf. die psychische Degeneration der Epileptischen, die elementaren psychischen Störungen und die epileptischen Psychosen. Vorgeschrittene epileptische Entartung oder eine ausgebildete epileptische Psychose heben die Zurechnungs- und Dispositionsfähigkeit auf, auch das öftere Auftreten von elementaren psychischen Störungen im Anschluss an epileptische Anfälle vernichten die Dispositionsfähigkeit im Allgemeinen, während bezüglich einer Zulassung zu einer civilrechtlichen Handlung im Intervall der Zustand des Intellektes hauptsächlich in Frage kommt. Bei der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit Epileptischer wird es natürlich darauf ankommen, ob die Handlung in die Zeit kurz vor, während, oder kurz nach dem Anfall, oder aber in ein Intervall fällt. Im ersteren Falle kann von Zurechnungsfähigkeit wohl kaum je die Rede sein, im letzteren aber wird es vorzugsweise auf den Stand der gesammten psychischen Qualitäten ankommen. In leichteren Graden pathologischer Veränderung derselben kann man sehr häufig nur für verminderte Zurechnungsfähigkeit bezw. für mildernde Umstände plaidiren. Im Grunde neigt Verf. jedoch dahin, dass auch die leichteren Formen von Epilepsie freigesprochen werden müssten. Zur Unterscheidung wirklicher Epilepsie von simulirter gibt Verf. treffliche Merkmale an, die man im Original nachlesen möge.

In der Hysterie vermindert sich nach v. K. die Zurechnungsfähigkeit, auch wenn es sich nicht um ein geschlossenes psychopathisches Krankheitsbild handeln sollte. Dasselbe gilt auch von den leichteren Graden hysterischer Geistesstörung, während eine Steigerung der Störung die freie Willensbestimmung ganz aufhebt. Man darf aber nie vergessen, dass bei der Hysterie und ihren Psychosen nicht selten die ungeheuerlichsten Uebertreibungen vorkommen.

In den Zuständen krankhafter Bewusstlosigkeit kann es „vermöge der hohen Organisation jener Hirngebiete, welchen die deliranten Vorgänge entstammen, zu ganz coordinirten, anscheinend zweckmässigen und gewollten automatischen Handlungen“ kommen, deren pathologische Entstehung dem Richter höchst schwer plausibel zu machen ist.

Die Erinnerung kann nach Ablauf der krankhaften Bewusstlosigkeit entweder gänzlich fehlen, oder sie ist nur summarisch, oder sie beschränkt sich auf den Inhalt der deliranten Vorstellungen, oder endlich sie ist in Form des doppelten resp. alternirenden Bewusstseins

vorhanden. Die genannten Zustände kommen vor im Anschluss an das Schlafleben, das Fieber, die Inanition, an vasomotorischen Hirnneurosen, an epileptische, hysterische oder lokale Neurosen der Belasteten, an Intoxicationszustände, an pathologische Affekte bedingt durch krankhafte Hirnzustände, an Affekte im Puerperium. Wir können dem Verf. unmöglich in die Besprechung dieser einzelnen Formen folgen, sondern auf die Lektüre derselben nur als einer höchst interessanten hinweisen. Natürlich wird in allen nachweisbaren Fällen von krankhafter Bewusstseinsstörung die Annahme der Zurechnungsfähigkeit, Dispositionsfähigkeit etc. ausgeschlossen sein. Verf. hat die ganze Arbeit mit gewohnter Meisterschaft ausgeführt. Seine Schilderung ist plastisch, sein Styl klar und gefällig.

Werfen wir zum Schlusse noch einen Rückblick auf das ganze Werk, so wird sich die Berechtigung der an der Spitze dieses Referates stehenden allgemeinen Betrachtungen auch aus einem Vergleich der einschlägigen Anschauungen der genannten Autoren ergeben. Bezüglich des Punktes, ob der Sachverständige die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit etc. ganz ablehnen solle oder nicht, ist Schl. der einzige, der sie im ersteren Sinne beantwortet, während die übrigen sich auf den zu Recht bestehenden praktischen Standpunkt stellen, der ausserdem für den Inculpaten höchstwahrscheinlich der bessere ist. Was die Entscheidung der Frage nach der Z. etc. vom sogenannten humanitären Gesichtspunkt aus betrifft, so machen sich auch hier leise Nüancirungen geltend. Es wird eben immer unwillkürlich auch ein wenig Subjectivismus in die Wagschale fallen, womit natürlich absolut kein Vorwurf ausgesprochen sein soll.

Der Druck und die sonstige äussere Ausstattung des Buches ist gut. Die von den einzelnen Autoren gewählten concreten Beispiele erleichteren das Verständniss über die betreffenden Seelenzustände sehr und bieten eine angenehme Abwechselung bei der Lektüre.

Somit können wir das ganze Buch auf das angelegentlichste Aerzten und Juristen empfehlen. Reinhard (Hamburg).

II. Vereinsberichte.

504) I. 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Freiburg.

(Originalbericht.)

Die Versammlung hat für den Lesekreis Ihres Blattes im Ganzen wenig Interessantes gebracht. Aus den in den verschiedenen Sectionen gehaltenen Vorträgen erlaube ich mir Ihnen heute Folgendes zu berichten; einen zweiten Bericht werde ich noch folgen lassen.

Professor Lichtheim aus Bern sprach in der Section für innere Medicin *„über progressive Muskelatrophie“*, und resumirte dahin, dass die nosologische Einheit dieser Krankheit gegenwärtig unhaltbar geworden sei. Er unterscheidet 3 von einander verschiedene Formen:

1) *Zweifelhaft spinale Fälle* (Combination mit Bulbärparalysen). Dieselben sind nicht mit der typischen progr. M.-A. zu indentificiren. Schon Duchenne bestritt dies, und auch anatomisch unterscheiden sich dieselben fast ausnahmslos durch Nichtbetheiligungen der Pyramidenbahnen. In letzteren Fällen kann nichtsdestoweniger als gewöhnliches Symptomenbild die pr. M. ohne sogenannte Seitenstrangphänomene vorhanden sein. 2) *Sogenannte typische Fälle.* (Die anatomische Läsion der Vorderhörner ist völlig identisch mit der vorher beschriebenen. Ihre spinale Quelle ist deshalb gleichfalls sehr wahrscheinlich.) 3) *Primär myopathische Formen.* (Ihre klinische Eigenthümlichkeiten sind vielleicht die von Erb für die juvenile Form angegebenen.)

Professor Erb bespricht in der Discussion den heutigen unbefriedigenden Stand der Lehre von der progressiven Muskelatrophie; hält es für geboten, die einzelnen klinischen Formen genauer zu präcisiren und abzuscheiden; neben der jetzt hinreichend sicheren spinalen Form der progressiven Muskelatrophie hält er es für berechtigt, noch eine weitere Form, die *juvenile Form*, abzutrennen. Dieselbe wird in ihrer Localisation und ihrem Verlauf kurz geschildert, ihre diagnostischeu Unterscheidungsmerkmale von der spinalen Form werden hervorgehoben und endlich ihre nahe Verwandtschaft, wenn nicht Identität mit der sogen. Pseudohypertrophie der Muskeln (und auch mit der sogen. hereditären Muskel-Atrophie) wird an einem selbstbeobachteten Fall genauer erörtert. Weitere Untersuchungen sind zur Lösung der hier noch schwebenden Fragen erforderlich.

Professor Bäumler demonstrirt drei Fälle von sogen. „*Pseudohypertrophie*“, und indem er auf die in diesen und zahlreichen in der Literatur beschriebenen derartigen Fällen vorhandenen gleichzeitigen Atrophien von Muskeln mit Volumsvermehrung anderer Gewicht legt, konstatirt er die vollkommene Uebereinstimmung dieser Fälle mit den von Professor Erb geschilderten. In zweien der von ihm beobachteten Fällen bestand als eigenthümliches Symptom eine mässige Polyurie (Harnmenge bis und über 3000 Ccm) ohne anderweitige Anomalien des Harns. Die drei vorgeführten Fälle stellen verschiedene Stadien der Krankheit dar.

Liebermeister sieht in der Zusammenfassung gewisser Muskelatrophien und der Pseudohypertrophie einen klinischen Fehler, vor dem er warnen muss.

Dr. Heller (Nürnberg) theilt mit, dass er s. Zt. nach Duchenne und Griesinger zuerst eine Reihe typischer Fälle von Pseudohypertrophie veröffentlicht habe (Archiv für klin. Medicin), welche nach einer Richtung Auffallendes boten, nämlich dass sie nicht allein hereditär in einer Familie, sondern zugleich als endemisch in einer kleinern Ortschaft (Hohenstadt-Mittelfranken) ohne nachweisbare Blutsverwandtschaft vorgekommen. In demselben Orte ist gleichzeitig Retinitis pigmentosa endemisch.

Prof. Zenker spricht sich auf Grund seiner eigenen Erfahrungen dahin aus, dass für die Erscheinungen der sogenannten Pseudo-

hypertrophie der Muskeln in ihren typischsten Fällen allerdings die Lipomatose der Muskeln ein wesentliches Moment sei, dass aber als klinische Bezeichnung für die ganze Krankheit der Name „Lipomatose“ nicht mehr zulässig erscheine, nachdem sich erwiesen, dass in manchen Fällen keine Fettwucherung, sondern nur Bindegewebsentwickelung vorhanden sei. Weiter spricht er sich für die — freilich noch nicht bewiesene — Wahrscheinlichkeit einer nahen Verwandtschaft der Pseudohypertrophie mit der progressiven Muskelatrophie aus. Weiter theilt er einen Fall seiner Beobachtung mit, in welchem ein nach allen klinischen Charakteren als progressive Muskelatrophie zu diagnosticirender Fall sich nach der Sektion als durch ein Sarkom des Lendenmarks veranlasst zeigte, ein Fall, den Redner bestimmt als einen Fall neurotischer progr. Muskelatrophie feststellen zu können glaubt.

Prof. Jolly (Strassburg) bezweifelt die Bedeutung des Nachweises der Entartungsreaction zur Unterscheidung der spinalen und myopathischen Form der Muskelatrophie. Umkehr des Zuckungsgesetzes ohne gleichzeitige Trägheit der Zuckung könne nicht als Beweis für Entartung angesehen werden.

II. Académie de Médecin zu Paris.

Sitzung vom 30. Mai 1882. (Ann. méd. psycholog. Septbr. 1882. S. 303.)

505) **Luys:** *Ueber Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund.*

Gegenüber den Ausführungen Blanche's, (Vergl. dieses Centr.-Blatt 1882. pag. 320) der Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund nicht zulassen will, und gegenüber den darauf gestützten Beschlüssen der französischen Deputirtenkammer ist Luys anderer Meinung aus folgenden Gründen. Es gibt keine exakte Beobachtungen darüber, dass ein Geisteskranker nach jahrelanger Dauer des Irreseins völlig wieder hergestellt sei. Sobald das Irresein bei Männern 4 Jahre, bei Frauen 5 Jahre genau in einem Asyl beobachtet ist, kann der Arzt ein sicheres Urtheil über die Unheilbarkeit abgeben. Die Paralyse heilt überhaupt niemals und führt sicher zum Tode. — Was weiter die gemüthliche Seite betrifft, so verdient nicht nur der geistig erkrankte Ehegatte, sondern auch der gesund und allein zurückbleibende Mitgefühl und Fürsorge. Das Anfangs lebhafte Mitgefühl stumpft sich bei ihm der Erfahrung gemäss mit der Dauer und dem Fortschritt der Geisteskrankheit ab und die Natur verlangt ihr Recht. Mit chronischen, körperlichen Krankheiten kann man die unheilbare Geisteskrankheit nicht vergleichen, da ein körperlich Kranker doch immer noch ein aktives Mitglied der Gesellschaft bleibt.

L. schlägt desshalb vor in jedem Falle nach 4 resp. 5 jähriger Beobachtungszeit in einer Anstalt eine Sachverständigenkommission von 3 Irrenärzten zu ernennen, die noch während eines Jahres monatlich wiederholten Untersuchungen ihr Urtheil über die Unheilbarkeit abgibt. Liegt nach dem Urtheil der Commission unheilbare Demenz vor, so ist die Ehescheidung gerechtfertigt.

Sitzung vom 20. Juni 1882. (Ibid. S. 324.)

506) **Luys**: *Ueber Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund.*

L. vertheidigt seine Anschauung weiter gegen Blanche, der insbesondere das Vorkommen von Spätheilungen noch weiter (ibid. S. 322) zu bestätigen suchte, und sagt, die späten Genesungen Blanche's seien weder klinisch noch literarisch festgestellt, noch seien sie als wirkliche Genesungen anzusehen. Etwas krankhaftes (Schwachsinn, Bizarrerie) hafte allen an, worin schon Esquirol, Calmeil übereinstimmten.

Otto (Dalldorf.)

III. Société méd. psychologique zu Paris.

Sitzung vom 26. Juni 1882. (Ann. méd. psycholog. Septbr. 1882. S. 266.)

507) **Voisin**: *Ueber Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund.*

V. behauptet gegenüber Luys, dass eine länger als 5 Jahre bestehende geistige Störung nicht als unheilbar zu betrachten sei, und bringt eine Reihe von Krankengeschichten mit Heilung nach 5, 6 und 8 jähriger Dauer der Geistesstörung vor. Auch bestreitet er die absolute Unheilbarkeit der Paralyse, gestützt auf mehrere mitgetheilte Krankengeschichten mit bis jetzt günstigem Verlauf.

(Sitzung vom 31. Juli 1882. (Ann. méd. psycholog. Januar 1883.)

508) **Billod**: *Ueber Anstalten für irre Verbrecher etc.*

Vortr. will besondere Anstalten für irre Verbrecher etc., wie England sie in Broadmoor besitzt, weil eine strenge Ueberwachung in den gewöhnlichen Anstalten nicht stattfinden könne und dem humanen Charakter derselben nicht entspreche. Auch Italien beabsichtigte nach dem Rathe des Generaldirektors der Gefängnisse Betrani-Scalia drei besondere Anstalten für irre Verbrecher zu errichten: eine in Turin für den Norden, eine in Aversa für den Süden und eine in Imola für die Mitte. Für Frankreich, wo die Zahl der irren Verbrecher etwa 600 beträgt, würden zwei besondere Anstalten genügen. B. will in dieselben nicht nur die geisteskrank gewordenen Verbrecher, sondern auch die Irren, welche ein Verbrechen begingen, unterbringen, die anderen gefährlichen Irren aber in besonderen Abtheilungen der gewöhnlichen Anstalten behalten.

Dagonet spricht sich gegen besondere Anstalten aus. In Broadmoor sowie in Gaillon in Frankreich seien nicht allein irre Verbrecher, sondern auch Geisteskranke, die angeklagt, aber nicht verurtheilt worden seien, endlich Irre, die kein Verbrechen begangen, aber als gefährlich angesehen würden, untergebracht, und man finde in dieser Reihe viele ganz ungefährliche, in Demenz versunkene Kranke. Jedenfalls müsse erst eine Sachverständigenkommission entscheiden, welche Klasse von Kranken überhaupt in besonderen Anstalten Aufnahme finden solle. Schliesslich schlägt D. vor, Sicherheitsquartiere in Verbindung mit einzelnen grossen Irrenanstalten anzulegen und meint vier derartige, deren jedes 12—15 Kranke aufnehmen solle, würden genügen.

Lunier gibt die Zahl der Gefangenen in Frankreich auf 40—50000 an, von denen 6—700 geisteskrank sind. Er will ein oder zwei besondere Anstalten errichten für die Geisteskranken, die ein Verbrechen begingen, aber nicht verurtheilt wurden, für die Verbrecher, die in Geisteskrankheit fielen, und für besonders gefährliche Kranke, deren Zahl er auf 200—300 schätzt.

Legrand du Saulle, früher für besondere Anstalten eingenommen, spricht sich dagegen aus nach den Erfahrungen, die er zuletzt als Arzt eines Asyls für irre Verbrecher (la Sûreté) gemacht hat. Er fand dort die Kranken nicht gefährlicher als andere Geisteskranke und konnte sie allmälig in andere Abtheilungen versetzen, wo sie sich gut führten. Desgleichen fand er in der Salpêtrière keinen nachtheiligen Einfluss von der Gemeinschaft der irren Verbrecherinnen mit den anderen Kranken und gab auch hier möglichst viel Freiheit.

Sitzung vom 30. October 1882. (Ibidem.)

Molet macht auf den eben veröffentlichten Irrengesetzentwurf aufmerksam, in dem (Sektion III des aliénés dits criminels etc. Artikel 32 und 33) die Ueberführung in besondere Anstalten für Verbrecher, die geisteskrank wurden (nach Ablauf der Strafzeit in einer Irrenabtheilung der Gefängnisszelle), ferner für Geisteskranke, die ein Verbrechen begingen, aber nicht verurtheilt wurden, und zuletzt für Geisteskranke, die in einer gewöhnlichen Anstalt ein Verbrechen gegen eine Person begingen, vorgeschrieben ist.

Otto (Dalldorf).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Halle a. d. Saale (Prov.-Irren-Anst.) II. Arzt, 3000 M., freie Fam.-Wohnung, Garten etc. 2) Merzig, Assistenzarzt, 1200 M. fr. St. 3) Dalldorf, Oberarzt, 6000 M. (einschliesslich der Emolumente). 4) Basel, Irrenklinik, Assistenzarzt, sofort. 5) Görlitz, (Privat-Irrenanstalt von Dr. Kahlbaum) Assistenzarzt. 6) Schwetz (Westpr. Prov.-Irrenanstalt), II. Arzt, 1. October. Gehalt 2100 Mark bei freier Station. 7) Dalldorf, Volontairarzt, 15. Septbr. 600 M. 8) Kreisphysicate: Graudenz, (Marienwerder).

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten, für die eingesandten bester Dank abgestattet.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 15. Oktober 1883. Nro. 20.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. M. Bernhardt: Zur Frage von der Aetiologie der Tabes dorsalis.

II. REFERATE. 509) Corso: Schwankungen der Gehirntemperatur während psychischer Thätigkeit. 510) Strahan: Symmetrische Tumoren an der Hirnbasis. 511) Poore: Ein Fall von Sägerkrampf. 512) Mackenzie: Beiderseitiger Verlust des Kniephänomens bei einseitiger Hirnerkrankung. 513) Hamilton: Methode zur Demonstration des Faserverlaufs im gesunden und kranken Gehirn. 514) Schoenfeld: Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit. 515) Berlin: Dyslexie. 516) Seifert: Extractum Piscidiae als Hypnoticum. 517) Lewis: Coffeïn in seinen Beziehungen zur thierischen Wärme und als Gegensatz zum Alcohol. 518) Petrone: Strychnin bei der chronischen Kinderlähmung, 519) Stécoulis: Erster Congress griechischer Aerzte zu Athen 1882. 520) Aldarie: 2 Fälle von Menière'scher Krankheit. 521) Giampietro: Ueber das Ohrenklingen. 522) Erb: Zur Aetiologie der Tabes dorsalis 523) Omerod: Zwei Fälle von tabischer Gelenkerkrankung. 524) Dejérine: Degeneration der Hautnerven bei Tabes. 525) Charcot et Féré: Knochen- und Gelenkaffectionen des Fusses bei Tabeskranken, 526) Müller: Das Gürtelgefühl, eine durch vasomotorischen Spasmus bewirkte Parästhesie. 527) Karewski: Ueber einen Fall von Throphoneurose im Bereiche des Nervus supraorbitalis. 528) Remak: Ein Fall von Hypoglossuskrampf. 529) De Jong: Epilepsie réflexe ou symptomatique. 530) Ewald: Ueber Phosphorsäureausscheidung bei Paralysis agitans und verwandten Formen der Zitterlähmung. 531) Peeters: Paralysis agitans mit Geistesstörung. 532) Paraut: Paralysis agitans als Ursache von Geistesstörung. 533) Millet: Hysterisch-kataleptischer Zustand bei einem 9jährigen Mädchen. 534) Wiglesworth: Paralyse bei einem 15jährigen Mädchen. 535) Mickle: Tuberk. Meningitis bei erwachsenen Geisteskranken. 536) Girand: Beitrag zur Kenntniss der Spätheilungen. 537) Sizuret: Fall von Heilung nach 8jährigem Anstaltsaufenthalt. 538) Rey: Remission in einem Fall von Paralyse. 539) Paris: Schnelle Heilung einer Melancholie mit Selbstverstümmelung. 540) Camuset: Paralyse mit wechselnder Form. 541) Sutherland: Prognose bei Nahrungsverweigerung. 542) Adam: Fälle von Selbstverstümmelung. 543) Savage: Plötzlicher Tod nach maniakalischer Aufregung. 544) Anstaltsbericht Meerenberg 1882. 545) Tonnini: Das circuläre Irresein.

III. VEREINSBERICHTE. 546) I. 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Freiburg. 547) Daremberg: Cris hydrocéphaliques. 548) Burq: Hysterisches Bellen geheilt durch Metallotherapie. 549) Quinquaud: Nouveau mode d'anesthésie. 550) Dastre: Innervation vaso-motorice. 551) Feris: Ueber Heilung von Tremor durch Veratrin. 552) Desnos: Ueber Ataxie locomotrice.

IV. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 553) Aus Heidelberg. 554) Aus München. V. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Zur Frage von der Aetiologie der Tabes dorsalis.

Von Prof. Dr. M. BERNHARDT in Berlin.

Zweimal schon habe ich mich, soweit das mir zu Gebote stehende Krankenmaterial ausreichte, an der Diskussion über die Frage betheiligt, ob die Syphilis als das alleinige oder hauptsächlichste ätiologische

Moment der tabischen Erkrankung zu betrachten sei. Es geschah dies in der Sitzung der Berl. Medic. Gesellschaft am 21. Januar 1880, weiterhin in der Sitzung des Vereins für innere Medicin am 28. November 1881.

Von diesem Tage ab bis zu dem heutigen, an welchem ich diese Notiz abschliesse (27. September 1883), also innerhalb 22 Monaten etwa habe ich weitere 26 Fälle von Tabes untersucht und, wie leicht denkbar, möglichst grosse Sorgfalt auf die Erforschung der etwaigen Ursachen der Krankheit verwendet. Von den 26 Leidenden waren 23 Männer, 3 Frauen (88,4% Männer zu 11,5% Frauen).

Von diesen 26 Tabeskranken litten früher sicher an Lues 10 Individuen d. i. 38,4% darunter eine von den 3 Frauen; bei 5 Individuen war die Lues insofern fraglich, als secundäre Erscheinungen absolut in Abrede gestellt wurden. Indessen ist hierzu folgendes zu bemerken: bei dem einen hatten die *Aerzte* Verdacht auf Lues: die Infection hatte Statt 1870; krank fühlte sich der Mann seit 1875; geheirathet hat er 1876; Frau ist gesund, ebenso 4 Kinder, die Frau hat nie abortirt. (Beobachtung vom 17. Januar 1882.)

Bei einem zweiten Individuum dieser Kategorie (der fraglichen Lues) bestand Schanker und Bubo vor der Verheirathung (vor 23 Jahren): von 13 Kindern leben nur 3. Dieser Kranke zeigte auch Anschwellungen der Schienbeine.

Ein Dritter hat sich 1866 inficirt und will damals in 14 Tagen geheilt worden sein, ohne je später secundäre Erscheinungen dargeboten zu haben. Meine Beobachtung datirt vom 29. Dezember 1881; damals war er 3 Jahre leidend, seit 10 Jahren verheirathet, 3 Kinder von ihm sind gesund, 2 mal hat seine Frau abortirt.

Der vierte war unverheirathet geblieben; der fünfte hatte 1866 ein ulcus molle. Verheirathet ist er seit 9 Jahren, hat 3 gesunde Kinder; leidend ist er seit 3 Jahren (Beobachtung vom Januar 1883).

Rechnet man diese 5 jedenfalls doch „verdächtigen" Individuen zu den 10, welche sich entweder selbst als syphilitisch inficirt bekannten oder bei denen sich dies noch während der Beobachtungszeit nachweisen liess, so ergeben sich 15, also 57,6%, mit syphilitischer Vergangenheit (sit venia verbo), also ungefähr die gleiche Zahl, wie ich sie in meiner zweiten Beobachtungsreihe (Diskussion vom 28. Novbr. 1881) auch schon gefunden hatte (60%).

Von den 26 Kranken hatten 11 jede frühere Syphilis absolut in Abrede gestellt, also 42,3%. Als Ursache ihres Leidens wurde von ihnen angegeben:

1) Arbeiten im Freien, besonders im Nassen.

2) Noth, Ueberanstrengung in der Pflege eines erkrankten Familienmitglieds, Hausiren des Nachts (in Bierlokalen), öfteres Schlafen im Freien.

3) Arbeiten in kalter, zugiger Werkstätte.

4) Arbeit auf freiem Felde (Maschinenbauer, Monteur); unzureichende Nahrung.

5) Reisen, Aufenthalt in Neubauten.

6) Ueberanstrengung, Nachtdienst durch Jahre hindurch.

7) Noth und Kummer.

Von den übrigen 4 fehlen leider die nöthigen Angaben: es waren dies besser situirte Geschäftsleute, welche abgesehen von den Aufregungen in ihren Geschäften keine anderen besonderen Schädlichkeiten anzugeben wussten.

Konnten nun bei den Kranken, welche sicher (10) oder doch wahrscheinlich (5) syphilitisch inficirt gewesen waren, noch *andere* ätiologische Momente als Lues eruirt werden? Folgendes liess sich feststellen:

1) Hat alle drei Feldzüge mitgemacht (1864, 1866, 1870/71) und viel in Neubauten gearbeitet.

2) Hat die Feldzüge von 1866 und 1870/71 mitgemacht und sich vielen Erkältungen ausgesetzt (Rangiren von Eisenbahnzügen).

3) Hat viel auf Neubauten zu thun gehabt.

4) Hat seit Jahren viel Kummer und Noth gelitten.

5) Hat sich Jahre lang Erkältungen und Durchnässungen ausgesetzt. (Erdarbeiten.)

6) Hat Noth gelitten, feuchte Wohnungen inne gehabt.

7) Hat sich starken Erkältungen und Durchnässungen aussetzen müssen.

8) Hat in venere eingestandenermassen stark excedirt.

Somit bleiben 7 Tabeskranke übrig, bei denen ausser einer sicheren oder wahrscheinlichen syphilitischen Infektion keine andere Ursache aufgefunden werden konnte. Besonders interessant ist hier vielleicht der Fall einer 39 jährigen (unverheiratheten) Frau, welche sonst in guten Verhältnissen lebend 12 Jahre vor Beginn der Beobachtung sicher syphilitisch inficirt worden war und bei der sich 7 Jahre später das jetzt (1882 April) deutlich als Tabes erkennbare Leiden durch eine plötzlich eingetretene einseitige Mydriasis angekündigt hatte.

Von den 26 Tabeskranken gehörten 15 der weniger gut situirten bezw. der ärmeren Bevölkerung an; 11 waren Patienten aus der Privatpraxis. Von den erstgenannten 15 waren inficirt gewesen 9 (66%) von Lues frei 6 (40%); aus der Privatpraxis (11) waren inficirt gewesen 6 (54,5%) frei, 5 (45,4%), also ungefähr dasselbe Verhältniss.

Nach dem, was ich hier mitgetheilt habe, glaube ich an dem, was ich schon in meiner ersten Publikation ausgesprochen habe, festhalten zu können. Ich fand unter den von mir neuerdings gesehenen Tabeskranken wieder fast 60%, welche früher syphilitisch inficirt gewesen waren. Aber bei mehr als der Hälfte derselben waren auch noch andere und fast die nämlichen ätiologischen Momente aufzufinden, welche als Ursache des Leidens von denen angegeben wurden, die (trotz sorgfältigen Nachfragens) je syphilitisch gewesen zu sein in Abrede stellten. Immerhin bleibt es auffallend, dass die *grössere Anzahl* der von mir gesehenen Tabeskranken eine frühere syphilitische Infektion erlitten hatte. Dass durch diese, wie ich mich schon bei der Diskussion im Verein für innere Medicin aussprach, eine „Schwächung“ des Organismus und eine leichtere Empfänglichkeit desselben für andere

schädliche Momente *vielleicht für das ganze Leben herbeigeführt* wird, möchte ich auch jetzt noch behaupten, um so mehr als, wie ich es ebenfalls an der oben bezeichneten Stelle schon aussprach, Recidive der wie bekannt, so schwer heilbaren Krankheit noch nach vielen Jahren seit dem Tage der Infektion auftreten können. Sicher giebt es Fälle und ich selbst habe ja deren mitgetheilt, bei denen für die tabische Erkrankung *keine* andere Ursache als vorangegangene Lues aufgefunden werden kann, sicher aber auch Fälle, wo Syphilis bestimmt *nie* bestanden hat. Es *kann* demnach die graue Degeneration der Hinterstränge offenbar zu Stande kommen, *ohne* dass je eine *luetische Infection* stattgefunden: sie *kann* zu Stande kommen da, wo nichts anderes vorangegangen, als Lues, sie *kommt zur Beobachtung* da, wo *neben* anderen ätiologischen Momenten Syphilis vorhanden war, und es ist nicht zu leugnen, dass dies häufig, ja vielleicht in der Mehrzahl aller Fälle Statt hat.

Dies scheint mir der Ausdruck des thatsächlich bis jetzt Gefundenen zu sein: in welcher Weise aber eine frühere syphilitische Infektion zu dem Zustandekommen des späteren, mit dem Namen Tabes belegten Symptomencomplexes beiträgt bezw. ihn erzeugt, wird noch weiterer vorurtheilsloser sorgfältiger Forschung vorbehalten bleiben müssen. In Bezug auf die Zeit, welche verfloss, ehe nach einer sicheren oder zweifelhaften Infektion die ersten tabischen Symptome sich zeigten, habe ich von 13 Kranken Notizen: es verflossen 7, 11, 15, 3, 20, 11, 17, 10, 30, 14, 6, 20 und 12, im Durchschnitt etwa 13,5 Jahre. In Bezug auf das Verhältniss dieser Kranken zur Frau (bezw. Mann) und Kind ergab sich, dass 4 unverehlicht geblieben waren (darunter die eine luetische Frau); von einem Patienten sind diese Verhältnisse mir nicht bekannt geworden. Bei den 8 anderen verheiratheten Kranken ergab sich Folgendes: bei vieren von diesen hatten die Frauen in der Ehe mehrfach abortirt bezw. abgestorbene Kinder geboren; einem Kranken war die Mehrzahl seiner Kinder (10 von 13) im frühen Alter gestorben; in *drei* Ehen waren stets gesunde Kinder geboren worden.

Schliesslich möchte ich noch erwähnen, dass auf meine Bitte Herr College Perl, Privatdocent in Berlin, die Güte hatte, speciell die sich ihm vorstellenden *Tuberkulösen* auf eine etwaige frühere syphilitische Infektion hin zu inquiriren. Genauere Angaben wurden innerhalb der Zeit vom 13. Septbr. 1882 bis zum 7. Mai 1883 von *100* Phthisikern gemacht: jede syphilitische oder venerische Affektion wurde geleugnet von 62 Kranken (62%); an Gonorrhoe hatten gelitten 15 (15%); an ulcus molle, *angeblich* ohne weitere secundäre Symptome 18 (18%) und eingestandenermassen an Lues 8 (8%). Rechnet man die 18 fraglichen zu den 8 constatirten Luesfällen (wie es ja bei der Statistik in Bezug auf die Tabes ebenfalls geschieht), so ergeben sich 26% mit sicherer oder doch mindestens sehr verdächtiger luetischer Vergangenheit, in so fern viele von diesen 18 Kranken mit Pillenkuren, Schwitzkuren etc. behandelt worden sind.

Dass bei obiger Zusammenstellung (62, 15, 18, 8) die Zahl 103

resultirt kommt daher, dass 3 Kranke *neben* Gonorrhoe noch an syphilitischen (theils harten, theils weichen) Geschwüren gelitten hatten, und so 3 mal Doppelangaben gemacht sind. Die Lues war in den 8 constatirten Fällen 2, 3, 6, 10, 14, 18 und 2 mal 20 Jahre vor der Beobachtung acquirirt worden. Die Patienten (sämmtlich Männer) waren ausgesprochen tuberkulös, wie sich durch eine sorgfältige objective Untersuchung bei Allen nachweisen liess.

Diese Untersuchungen werden weiter noch in Bezug auf andere Krankheiten fortgesetzt werden.

Ich werde nicht verfehlen auch weiterhin dieser Frage meine ganze Aufmerksamkeit zuzuwenden; auch hätte ich wohl noch mit der Veröffentlichung dieser Notiz gewartet, bis eine noch grössere Anzahl Beobachtungen mir zu Gebote gestanden hätte, indessen glaubte ich besonders mit Rücksicht auf Erb's neueste Mittheilung über diesen Gegenstand (Berl. klin. Wochenschr. 1883. Nro. 32), welche mir erst in diesen Tagen zugänglich geworden, auch schon jetzt mit dem, was ich innerhalb der letzten 2 Jahre gesehen, an die Oeffentlichkeit treten zu sollen.

II. Referate.

509) **Corso:** Variazioni della temperatura cerebrale nell' attivita psichica. (Schwankungen der Gehirntemperatur während psychischer Thätigkeit.) (Ber. d. X. Congr. della assoc. med. ital. in Modena. Riv. sper. di fren. 1883. 1. H.)

Schiff hat vor einer Reihe von Jahren Versuche mitgetheilt, in denen es ihm gelungen war, bei psychischer Thätigkeit (z. B. Einwirkung sensorischer Reize) eine Erhöhung der Gehirntemperatur nachzuweisen.

C. ist der Meinung dass die Versuche von Schiff an Thieren angestellt wurden, welche sich unter abnormen Verhältnissen befanden; auch habe Schiff nicht isolirte Thermoelemente angewendet.

In der That fand C. bei seinen Versuchen dass jeder beliebige periphere Reiz gerade eine *Abkühlung* des Grosshirnes erzeuge; dasselbe gilt auch für sonstige psychische Thätigkeit und Affecte; das Kleinhirn erwies sich nahezu als unerregbar, für die medulla oblongata waren die Resultate zweifelhaft.

Obersteiner (Wien).

510) **Strahan:** Symmetrical tumours at Base of Brain. (Symmetrische Tumoren an der Hirnbasis. (The journ. of ment. science. Juli 1883. S. 246. Mit Illustration.)

Die histologisch als Fibrome sich darstellenden Tumoren sassen symmetrisch basal an jeder Seite der med. oblong., hingen mit der Hirnsubstanz, in die sie tiefe Stellen gedrückt hatten, nicht zusammen, sondern lagen ausserhalb des visceralen Blattes der Arachnoidea, locker mit den Hirnhäuten verbunden. Die nur summarisch angegebenen

Symptome, die der 28jährige, wahrscheinlich hereditär syphilitische Patient im Leben dargeboten hatte, waren Atrophie beider Sehnerven, progressive Schwerhörigkeit, Ataxie der oberen und unteren Extremitäten, Charakterveränderung und psychische Schwäche bis zum tiefen Blödsinn. Matusch (Dalldorf).

---

511) **Poore** (London): On a case of „Sawyer's Cramp." (Ein Fall von Sägerkrampf). (Brain, Juli 1883.)

Verf. fand bei dem 38jährigen, hereditär nicht belasteten Kranken, dessen Hauptbeschäftigung die Anfertigung von Kisten war, dass, sobald derselbe die Säge in die rechte Hand nahm, ein leichtes Zittern der Hand, weiterhin allerlei uncoordinirte Bewegungen in den Schulter- und Armmuskeln eintraten, welche das Sägen unmöglich machten. Alle anderen Bewegungen des rechten Armes gingen ohne Schwierigkeiten von Statten, auch konnte der Kranke mit der linken Hand ganz gut sägen. Durch eine genaue Untersuchung wurde nun ermittelt, dass eine deutliche Atrophie des M. supraspinatus und des M. pectoralis major der rechten Seite bestand. Ferner fanden sich einige Druckschmerzpunkte und zwar einer im 2. Intercostalraum in der Mitte zwischen Sternum und rechtem unteren Schulterblattwinkel und einer unterhalb der Spina scapulae rechts. Der M. pectoralis major schien eine gesteigerte faradische Erregbarkeit darzubieten. Verf. erläutert nun, dass der M. supraspinatus beim Sägen am continuirlichsten angestrengt wird, da er die dabei fortwährend nöthige Feststellung des Humeruskopfes in der Gelenkhöhle zu besorgen hat. Ebenso wird der M. pectoralis major beim Hin- und Herbewegen der Säge stark angestrengt. Verf. glaubt daher den Fall zur Stütze der von ihm bezüglich des Schreibekrampfes ausgesprochenen Ansicht, dass bei diesen Beschäftigungsneurosen nicht ausschliesslich reine Coordinationsstörungen, sondern auch anatomische Veränderungen zu Grunde liegen, verwerthen zu können. Pierson (Dresden).

---

512) **Stephen Mackenzie** (London): On loss of both Knee jerks from one-sided brain disease. (Beiderseitiger Verlust des Kniephänomens bei einseitiger Hirnerkrankung.) (Brain, Juli 1883.)

Mit Bezug auf einen Fall von Hirntumor (Gliom mit secundärer Hämorrhagie, welches sich auf das Corpus striat., Thalamus opticus und den Hirnschenkel der linken Hemisphäre erstreckte), wobei das Kniephänomen beiderseits fehlte, stellt Verf. folgende Hypothese zur Erklärung dieser Erscheinung auf: In jeder Hemisphäre befindet sich ein Hemmungscentrum für den Patellarreflex, welches mit beiden Rückenmarkshälften in Verbindung steht. Wird nun eines dieser Centren zerstört, so fällt zwar die Hemmungswirkung desselben für beide Rückenmarkshälften weg, dagegen gewinnt das andere, da es von dem anderseitigen Centrum nicht mehr im Gleichgewicht gehalten wird (unantagonised) die Oberhand und führt, da es ebenfalls mit beiden Hälften des Rückenmarks in Verbindung steht, durch übermässige Hemmung zum doppelseitigen Erlöschen des Sehnenreflexes. Bei dop-

pelseitiger Zerstörung der Hemmungscentra würde nach dieser Hypothese auch ohne secundäre Degeneration der Pyramidenbahnen Erhöhung der Sehnenreflexe zu Stande kommen müssen, doch kann Verf. hierfür noch kein Beispiel anführen. Im vorliegenden Falle war übrigens das Rückenmark intact. Pierson (Dresden).

---

513) **D. J. Hamilton** (Aberdeen): On a method of demonstrating the connections of the Brain in heath and disease. (Methode zur Demonstration des Faserverlaufs im gesunden und im kranken Gehirn.)
(Brain, Juli 1883.)

Vorschriften zur Herstellung grösserer Hirnschnitte, für ein Referat nicht geeignet. Pierson (Dresden).

---

514) **Schoenfeld** (Lissa i. Pr.): Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit.
(Berl. kl. W. 83. Nro. 27.)

Die Symptome der in Rede stehenden Krankheit, welche mit den von Thomsen als charakteristisch angegebenen Eigenthümlichkeiten übereinstimmten, wurden bei einem 20jährigen *häreditär nicht belasteten* Recruten constatirt. Derselbe führte den Ursprung seines Leidens auf einen vor 6 Jahren gehabten Schreck zurück.
Langreuter (Dalldorf).

---

515) **Berlin** (Stuttgart): Ueber Dyslexie. (Vortr. im Stuttg. ärztl. Ver. am 1. März d. J. und auf der Vers. südwestdeutsch. Neur. und Irrenärzte am 17. Juni d. J. Med. Corr.-Bl. d. Württ. ärztl. Landesver. 1883. Nro. 27.)

Redner beobachtete 5 mal ein bis jetzt seines Wissens nicht beschriebenes Krankheitsbild, dessen hervorragendes und characteristisches Symptom darin besteht, dass der Patient eine mehr oder weniger plötzlich auftretende *Störung im Lesen* empfindet. Diese Störung ist der Art, dass er, gleichgültig ob der Druck klein, mittel oder gross ist, ob der Patient laut oder für sich liest, nur wenige Worte zusammen bringen kann. Dann geht es nicht mehr, er legt das Buch in der Regel fort und nach kurzer Unterbrechung kann er wieder wie vorher einige Worte lesen.

Warum die Patienten nicht weiter lesen konnten, resp. was für eine Art von Hinderniss eintrat, darüber konnten sie keine genügende Auskunft geben. Sie hatten keine Schmerzen im Auge oder in dessen Umgebung, die Buchstaben verschwammen nicht; es schien mehr eine Art Unlustgefühl über sie zu kommen, als wenn sie die nöthige psychische Arbeit nicht mehr leisten konnten. Die Störung war vollkommen unabhängig von den bekannten Ursachen der accommodativen, muskulären oder nervösen Asthenopie; sie war, obwohl einmal damit vergesellschaftet, doch an keinerlei centrale oder peripherische Sehstörungen gebunden, wie denn auch der Augenspiegel keine pathologischen Veränderungen nachwies.

In den meisten Fällen trat nach einigen Wochen eine ausgesprochene Besserung der beschriebenen Lesestörung ein, dagegen stell-

ten sich in *allen Fällen* im Verlaufe der Krankheit *cerebrale* Symptome heraus und zwar, abgesehen von *Kopfweh* und *Schwindel*, welche die Erkrankung gewöhnlich einleiteten, *Aphasie* (2mal), *rechtsseitige Hemianopsie* (1mal) *Beweglichkeitsstörungen der Zunge* (2mal), *rechtsseitige Parästhesien* (2mal), *Hemiplegien* (2mal, 1mal rechtsseitig, 1mal wegen inzwischen erfolgter Abreise der Patientin nach America noch nicht bekannt), *Zucken der rechtsseitigen Gesichtsmuskulatur* (1mal).

Ein Patient ging wenige Monate nach dem ersten Auftreten der Lesestörung apoplectisch zu Grunde, ein anderer etwa 1 Jahr später an einer Gesichtsrose mit mässigem Fieber, ein dritter an schnell verlaufender progressiver Paralyse. Zwei leben noch, haben aber schwere halbseitige Lähmungen durchgemacht. Die Kranken standen in dem Alter von 72, 66, 63, 43 und 30 Jahren; 4 waren männlich, 1 weiblich. Bei zweien von den drei Gestorbenen wurde die Section gemacht. Einmal fand man hochgradiges und sehr verbreitetes Atherom der linksseitigen Arteria fossae Sylvii, aber in der Substanz des Gehirns keinerlei Residuen, welche die in diesem Falle vorübergehenden Störungen erklärt hätte; das zweite mal war eine über die ganze Hirnoberfläche verbreitete chronische Entzündung der weichen Hirnhäute vorhanden mit Theilnahme der grauen Substanz theils in chronisch entzündlicher Form, theils in Form von Schwund (microscopische Untersuchung von Ziegler).

Die mehr oder weniger deutlich ausgesprochene *Plötzlichkeit*, mit welcher die Krankheit auftritt und die begleitenden, resp. sich im Verlaufe entwickelnden *cerebralen* Symptome machen es höchst wahrscheinlich, dass die pathologisch-anatomische Ursache der Lesestörung ebenfalls eine cerebrale ist. Redner bezeichnet, um diese Auffassung zu markiren, die letztere desshalb nach Analogie des gebräuchlichen Ausdruckes *Alexie* als „*Dyslexie*". Dabei macht er auf die etymologischen Bedenken aufmerksam, welche diesen Bezeichnungen entgegenstehen, die Aufstellung eines philologisch weniger anfechtbaren Ausdruck anheimgebend.

B. glaubt die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf das Symptom der „*Dyslexie*" um so mehr lenken zu sollen, als es in allen bis jetzt von ihm beobachteten Fällen *das Initialsymptom* schwerer Gehirnleiden gewesen ist und desshalb von nicht zu unterschätzender *diagnostischer* und *prognostischer* Bedeutung sein dürfte; dasselbe steht in dieser und auch in anderer Richtung der Aphasie ausserordentlich nahe.

Von besonderem Interesse würden genau localisirte pathologisch-anatomische Beobachtungen sein. Obgleich in dieser Hinsicht bis jetzt wenig Material vorliegt, so scheint doch so viel angenommen werden zu dürfen, dass die pathologischen Veränderungen, welche der Lesestörung zu Grunde liegen, in der *Rindenschicht* des grossen Gehirns und zwar, wenn man die mehrfach beobachteten *Aphasien*, so wie die fast ausnahmslose *Rechtsseitigkeit* der Parästhesien und Hemiplegien und die rechtsseitige Hemianopsie in Betracht zieht, auf der *linken* Seite zu suchen sind. Diese begleitenden Symptome mit Hinzurechnung der einmal constatirten rechtsseitigen Gesichtsmuskelzuckungen weisen

weiter darauf hin, dass wir im gegebenen Falle unser Augenmerk auf diejenigen Theile der Rindenschicht zu richten haben dürften, welche zwischen der Broca'schen Windung, Facialis-Centrum und Bewegungscentren der rechten Extremitäten einerseits und dem Sehcentrum andererseits gelegen sind. Die *Art* der anatomischen Veränderungen dürfte nach den bis jetzt vorliegenden Beobachtungen theils *circulatorischer* (Apoplexie und Embolie), theils chronisch *entzündlicher* Natur sein. In einem der tödtlich verlaufenen Fälle und in einem noch in Beobachtung stehenden war Syphilis vorausgegangen; in letzterem ist auf wiederholte Inunctionscuren wesentliche Besserung aller cerebralen Symptome eingetreten.

Redner macht zum Schluss darauf aufmerksam, dass einige Male im Reconvalescentenstadium von Alexie ein ähnlicher Zustand beschrieben worden ist (vergl. Kussmaul). In den von ihm beobachteten Fällen war aber im Gegentheil die *Dyslexie* ein *Initialsymptom* einer schweren Gehirnerkrankung.

Etwas der Dyslexie Aehnliches beobachtete B. einige Male bei chronischer Alcoholvergiftung, nach grösseren Gaben von Salicyl und bei fieberhaften Zuständen. Diese Fälle würden als toxische zu betrachten sein, während B. in den von ihm beobachteten eine locale Gehirnerkrankung annimmt. Er denkt sich denjenigen Theil des Gehirns, resp. der linksseitigen Rindenschicht, welcher der Umsetzung des Schriftbildes in Vorstellungen vorsteht, durch einen acut entstandenen pathologischen Vorgang partiell leistungsunfähig geworden und zwar in der Art, dass die Functionsfähigkeit nicht vollständig aufgehoben ist, sondern nur mit grosser Anstrengung und vorübergehend aufrecht erhalten werden kann. Vermuthlich ist hier im Gegensatze zur Alexie der Grad der pathologisch-anatomischen Veränderungen ein geringerer, vielleicht passagerer, wie auch die überwiegende Besserungsfähigkeit des Symptoms wahrscheinlich macht, welche wegen der durchschnittlichen Kürze der zur Reparation nothwendigen Zeit weniger auf eine vicariirende Einübung anderweitiger als auf Entlastung der ursprünglich afficirten Hirntheile deutet.

In der sich an den Vortrag anknüpfenden Discussion bemerkt Prof. Jolly, dass er ebenfalls in der Reconvalescenz von Aphasie einen der Dyslexie ähnlichen Zustand beobachtete und fragt, ob es sich in den von B. beobachteten Fällen nicht vielleicht um allgemeine Schwäche gehandelt habe. B. erwidert, dass er auf diesen Punkt ein besonderes Augenmerk gerichtet und sich absichtlich mit seinen Patienten lange unterhalten habe, um sie zum fortgesetzten Sprechen zu veranlassen. Einen allgemeinen Schwächezustand oder eine psychische Erschöpfung habe er dabei in den nicht complicirten Fällen aber nicht constatiren können. Auch seien es meistentheils vorher gesunde und relativ kräftige Leute gewesen, bei denen er das Symptom der Dyslexie gefunden habe und sei letzteres, wie er wiederholt angedeutet, mehr oder weniger plötzlich aufgetreten.

---

516) **Otto Seifert** (Würzburg): Extractum Piscidiae als Hypnoticum. (Berl. kl. W. 83. Nro. 29.)

Verf. hat das Extract. aus Piscidia Erythrina-Jamaica Dogwood in Dosen von 0,25—0,5 als Hypnoticum verwendet, nach dem Vorgange des Prof. Ott in Philadelphia. Bei den verschiedensten körperlichen Leiden, in deren Folge Schlaflosigkeit eintrat, hatte es in der Mehrzahl Erfolg — ohne nennenswerthe unangenehme Nebenerscheinungen. Die zuweilen auftretende übermässige Schweisssecretion wurde durch gleichzeitige Atropingaben paralysirt. S. glaubt, dass das Mittel verdiene in den Arzneischatz anfgenommen zu werden.

Langreuter (Dalldorf).

---

517) **Bevau Lewis** (London): Caffeines, in its Relationships to Animal Heat and as Contrasted with Alcohol. (Caffeïn in seinen Beziehungen zur thierischen Wärme und als Gegensatz zum Alcohol.) (The journ. of ment. science. Juli 1883. S. 167.)

Dass Alcohol die Eigenwärme verringert, Caffeïn sie erhöht, ist bekannt. L. bestätigt dies durch zahlreiche und sorgfältige Versuche an Kaninchen. Er stellt seine Resultate in übersichtlichen Tabellen zusammen, aus denen hervorgeht, dass beim Caffeïn das Maximum der Wärmeproduction um so *später* eintritt, je *höher* die Dosis ist und dass bei gleichzeitiger Gabe von Caffeïn und Alcohol das eine die Wirkung des andern aufhebt.

Matusch (Dalldorf).

---

518) **L. Petrone:** La Stricnina nella paralisi infantile cronica. (Strychnin bei der chronischen Kinderlähmung.) (Riv. sper. di fren. 1883 1. H.)

In 2 Fällen von spinaler Kinderlähmung, welche bereits seit 4 resp. 3 Jahren bestanden, hat Verf. nachdem die verschiedensten Heilmethoden erfolglos angewendet worden waren, unter dem 2 Monate hindurch fortgesetzten Gebrauch von 1 milligramm schwefelsaurem Strychnin pro die nahezu vollständige Heilung eintreten gesehen.

Obersteiner (Wien).

---

519) **C. Stécoulis:** Le premier congrès de médecins grecs tenu à Athénes 1882. (Erster Congress griechischer Aerzte zu Athen 1882.) (Constantinopel 1883. 147 Seiten Gross Quart. 2 Karten.)

In diesem an interessanten Mittheilungen reichen Berichte finden sich auch mehrere Aufsätze von Bedeutung für den Neurologen, die hier kurz erwähnt werden sollen.

1. Nicolaides (Syra): *Eigenthümliche Wirkung des Ergotins.* In einem Fall von Gehirnerschütterung erwies sich Ergotin von grossem Nutzen, besonders dann, als sich in der Folge Atrophie der Extremitätenmuskeln und lancinirende Schmerzen in den Beinen einstellten; im Uebrigen ist die Darstellung des Falles unklar.

2. Orlandos: *2 Fälle von Hemianästhesie.* Auf der griechischen Insel Spezzia (Golf von Nauplia) sind verschiedene Nervenkrankheiten. Chorea, Spasmen, alle Formen von Hysterie u. s. w. sehr häufig.

In dem ersten Falle dauerten die Erscheinungen der Hemianästhesie 16 Tage an, und verschwanden in Folge eines Schreckes (Umstürzen einer Petroleumlampe). Als nach einem Jahre die Erscheinungen wiederkehrten, erwiesen sich alle Mittel erfolglos mit Ausnahme der Metallotherapie (Gold). Eine zweite Kranke genas ebenfalls in Folge eines Schreckes (Knall einer nahe abgefeuerten Flinte).

3. Chassiotis: *Structur des Axencylinders.* In einer längeren Auseinandersetzung kommt Ch. zu dem Schlusse, dass die Markhaltigen Nervenfasern nichts anderes sind, als eine Succession von Zellen, deren Protoplasma durch den Axencylinder dargestellt wird.

4. Nicolaides (Athen): *Tetanus traumaticus durch Bromkalium geheilt.* Ein Mann der ein schweres Fass am Rücken trug, fiel in Folge eines Fehltrittes auf den knöchernen Theil der Nase. Nach 7 Tagen stellten sich spastische Contractur der Augenlieder, Opisthotonus und alle Erscheinungen des Tetanus ein. Chloral und Morphin erzeugten jedesmal Erbrechen. N. griff daher zum Bromkalium 9—10 gramm täglich; nach 17 Tagen war der Kranke vollständig geheilt.

5. Stathakopulos (Athen) berichtet über 4 Fälle von *Agoraphobie,* durchwegs Kranke aus den höheren Klassen, meist finden sich in der Familie andere Fälle von Nervenkrankheiten; zwei von diesen Fällen betreffen Mutter und Tochter.

Obersteiner (Wien).

---

520) **A. M. Mac Aldowie**: Two cases of Menière's Disease. (2 Fälle von Menière'scher Krankheit.) (Brain, Juli 1883.)

Unter dieser Ueberschrift beschreibt Verf. ganz kurz 2 Fälle von einseitiger Ohrerkrankung mit gelegentlichen Anfällen von Schwindel (in dem einen Fall zugleich Gefühl des Nach-hinten-Fallens, in dem anderen Gefühl der Rotation des ganzen Körpers um die Längsaxe) und Erbrechen. Beide Patientinnen wurden unter Anwendung von Blasenpflastern hinter dem erkrankten Ohr und innerlicher Medication rasch geheilt, wenigstens die momentanen Beschwerden beseitigt. (Ein genügender Grund, derartige Fälle als „Menière'sche Krankheit" besonders zu beschreiben, scheint dem Referenten nicht vorzuliegen.)

Pierson (Dresden).

---

521) **Giampietro**: Sul tinnito auricolare. (Ueber das Ohrenklingen.) (Riv. sperim. di fren. 1883. 1. H.)

G. erinnert daran, dass es Brown-Séquard gelungen ist, durch Einstich in die corpora restiformia Hyperämie und Hämorrhagie in den halbcirkelförmigen Canälen zu erzeugen. Acutes Ohrenklingen, namentlich wenn Glockenläuten gehört wird, ist häufig der Vorläufer von schweren Gehirnkrankheiten. Er erzählt den Fall eines Mannes, welcher bald nach dem Auftreten des Tinnitus aurium unter den Erscheinungen von Gehirnhämorrhagie zu Grunde ging.

Obersteiner (Wien).

---

522) **W. Erb** (Heidelberg): Zur Aetiologie der Tabes dorsalis.
(Berl. kl. W. 83. Nro. 32.)

Erb hat seit seiner einschlägigen letzten Veröffentlichung vor 2 Jahren eine neue Serie von 100 Tabes-Fällen aufzuweisen, durch die er die wichtige ätiologische Rolle der Tabes bei Syphilis constatirt. Das frühere Prozentverhältniss solcher Tabiker die mit Schanker resp. Syphilis inficirt waren, war 88 gegenüber 12 wahrscheinlich nicht inficirten. Die Ergebnisse der Untersuchungen bei dem 2. Hundert sind folgende:

Fälle ohne jede vorausgegangene syph. Affection	9%
Fälle mit vorausgegangener syph. Affection	91%
Darunter mit sicherer secundärer Syphilis	62%
mit Schanker, ohne bemerkte secund. Symptome	29%

Dazu kommen von 21 poliklinisch behandelten Fällen 3 = 14,3% Nichtinficirte und 18 = 86,7% Inficirte.

Von den oben erwähnten 91 Fällen treffen 69 auf die ersten 15 Jahren nach stattgehabter Infection.

Um eine Parallele mit andern als ursächliche Momente für Tabes geltende Schädlichkeiten zu haben, giebt Erb folgende Tabelle. Bezüglich der erwähnten 100 Fälle war vorhanden:

Syphilis (resp. Schanker) ganz allein	36 mal	
Syphilis + Erkältung	17 mal	
Syphilis + Strapazen	8 mal	
Syphilis + Excesse	7 mal	
Syphilis + Trauma	2 mal	
Syphilis + Erkältung + Strapazen	15 mal	
Syphilis + Erkältung + Excesse	4 mal	
Syphilis + Strapazen + Excesse	3 mal	
Syphilis + Excesse + Trauma	1 mal	= Sma. 93
Frkältung allein	3 mal	
Strapazen allein	2 mal	
Excesse allein	1 mal	
Trauma allein	1 mal	= Sma. 7
		Summa 100.

Zur Begegnung des schon früher gemachten Einwurfs, dass überhaupt eine grosse Anzahl erwachsener Menschen syphilitisch inficirt sei, examinirte Erb 1200 über 25 Jahre alte männliche Kranke, die nicht an Tabes oder direckt an Syphilis litten. Es ergab sich:

Nicht Inficirte 77, 25%
früher Inficirte 22, 75%

(Darunter 10,25% mit secundärer Syphilis, 12,50% mit Schanker allein.)

Erb präzisirt schliesslich (bezüglich der weiter angeführten Hülfsbeweise muss auf die Originalarbeit verwiesen werden) seine Ansicht dahin:

Dass die Syphilis eine der wichtigsten, wenn nicht die wichtigste Bedingung für das Entstehen der Tabes ist, und dass kaum Jemand die Chance hat tabisch zu werden, der nicht früher syphilitisch gewesen ist.

Langreuter (Dalldorf).

523) **Ormerod** (London): Two cases of Tabes dorsalis with Joint-Disease. (Zwei Fälle von tabischer Gelenkerkrankung.) (Brain, Juli 1883.)

I. Fall. 58 jähriger Schiffsbauer, hatte früher Gonorrhoe und Bubo, aber angeblich keine secundärer Lues. Seit 5 Jahren gastrische Krisen, lancinirende Schmerzen, Ataxie, aufgehobene Sehnenreflexe. Vor $^3/_4$ Jahren ein Fall, worauf sich Anschwellung des Oberschenkels entwickelte. Jetzt ist das Bein um einen reichlichen Zoll verkürzt; Anschwellung in der Leistengegend; der Oberschenkel ist am Becken beweglich, bei Auswärtsrollung fühlt man Reiben. Wenig Schmerz. Nach einigem Aufenthalt im Hospital tritt Besserung ein.

II. Fall. 47 jähriger Maurer. Syphilis nicht direct nachweisbar, jedoch ist die Frau des Kranken, nachdem sie ein lebendes Kind geboren, 3 Mal von todten Kindern entbunden worden. Seit $1^1/_2$ Jahren Gürtelgefühl, lancinirende Schmerzen, Parästhesien und Incoordination der unteren Extremitäten; gastrische Krisen, weiterhin atrophia nervi optici, Ataxie und Sensibilitätsstörungen an den Armen. Seit October 1881 starke schmerzlose Anschwellung des rechten Kniegelenks, keine Röthung, objectiv keine Crepitation zu fühlen, jedoch hat Pat. das Gefühl, als ob das Knie bei passiven Bewegungen „knackse". Pat. hatte sich einige Tage vorher in der Nacht mit dem Knie an die Bettstelle gestossen.

Bemerkenswerth ist noch, dass beide Kranke hochgradig schwerhörig waren und stark verdickte, getrübte Trommelfelle hatten.

Pierson (Dresden).

---

524) **Dejérine J.:** De l'altération des nerfs cutanés chez les ataxiques. (Degeneration der Hautnerven bei Tabes.) (Archives de Physiolog. norm. et pathol. 1883. 5. H.)

Jene Degeneration peripherer Hautnerven, welche zuerst von Westphal beschrieben worden war, hat Dejérine ebenfalls in zwei daraufhin untersuchten Fällen auffinden können; es handelt sich dabei um eine rein periphere Neuritis, welche als Hauptursache der bei Tabikern anzutreffenden Störungen der Hautsensibilität anzusehen ist; dies geht vorzüglich daraus hervor, dass in seinen beiden Fällen die Sensibilitätsstörungen annähernd gleich waren, während in einem dieser Fälle die Degeneration der hinteren Wurzeln sowie der für Sensibilitätsstörungen allenfalls herbeizuziehenden Rückenmarksstränge sehr hochgradig, in dem anderen hingegen unbedeutend war.

Obersteiner (Wien).

---

525) **Charcot** et **Féré**: Affections osseuses et articulaires du pied chez le tabétiques. (Pied tabétique.) (Knochen- und Gelenkaffectionen des Fusses bei Tabeskranken.) (Le Progrès med. Nro. 31. 1883.)

Die Verfasser beschreiben eine bei Tabischen vorkommende besondere Affection des Fusses, eine Deformität in der Gegend des Tarso-metatarsalgelenkes. Dieselbe zeichnet sich durch einen winkelförmigen, am innern Rande, zuweilen aber auch auf dem Rücken des Fusses gelegenen Vorsprung aus. Die Affection kommt gewöhnlich an beiden Füssen vor und darf nicht als eine grosse Rarität angesehen

werden, denn die Verfasser haben sie innerhalb 2 Jahren bereits 3 Mal beobachtet. Sie scheint im ersten Blick nur das Tarso-metatarsalgelenk zu betreffen, doch handelt es sich um eine complicirte, mehrere Knochen in Mitleidenschaft ziehende Affection.

Bei der Autopsie eines derartigen Falles wurden die Fusswurzelknochen und Mittelfussknochen bedeutend ergriffen gefunden; sie waren von schwammigem Aussehen, zerreiblich und ungewöhnlich leicht. Im Laufe der Ataxie locomotrice kann sich demnach eine complicirte Affection des Fusses einstellen, in welcher die Knochen und Gelenke Sitz von Läsionen sind, analog denjenigen, welche unter denselben Verhältnissen die langen Knochen und grossen Gelenke zeigen. Rabow (Berlin).

---

526) **C. W. Müller** (Wiesbaden): Das Gürtelgefühl, eine durch vasomotorischen Spasmus bewirkte Parästhesie. (Berl. kl. W. 83. Nro. 31.)

Der Verf. hält zunächst eine Revue ab über die Krankheiten, bei denen Gürtel- und Pressgefühl vorkommt. Er rechnet — indem er allerdings die Grenzen sehr weit zieht — folgendes dahin: Zuerst Tabes, dann in weiterem Sinne alle Affectionen der weissen Substanz überhaupt, ferner Meningitis spinalis und Erkrankung der extrameningealen Nervenwurzeln, dann Neuritis peripherer gemischter Nervenstämme und functionelle Nervenleiden (Hysterie), schliesslich die spastischen Migräneformen. Die bei allen diesen Affectionen vorkommenden Sensationen, das Pressen, Spannen, Schnüren, Drücken, Belasten etc. werden erklärt durch spastische vasomotorische Zustände. Die vasomotorische Reizung kann central oder peripher, direct oder reflectorisch geschehen. „Die durch Contraction der Gefässe erzeugte geringe Blutfülle, welche sich durch ein objectives und subjectives Kältegefühl kundgiebt, die Austrocknung der Gewebe, die effective Zusammenschrumpfung und Verkleinerung derselben erzeugen für die den Drucksinn vermittelnden Nervenendapparate ganz die gleiche Einwirkung, wie irgend ein von aussen drückendes, „schnürendes, einengendes, spannendes Object."

Die bei vasomotorischen Neurosen mit den Druckgefühlen häufig verbundenen Anästhesien und Neuralgien sind nicht directe Folgen der Pressung, sondern sie sind ein Ausdruck stattfindender ungenügender Ernährung.

Die Ursache, dass die als Gürtelgefühle benannten Druckgefühle in circulärer Form auftreten wird erklärt durch Annahme, dass die Blutgefässe vom Centrum aus in circulärer Weise innervirt werden. Dieser Umstand ist differentialdiagnostisch zu verwerthen, insofern z. B. ein gürtelförmiges Druckgefühl der Extremitäten nur bei centralen Leiden auftreten kann. Nur da, wo die Gefässvertheilung eine zonare ist (am Rumpfe) deutet Gürtelgefühl nicht nothwendig auf centrales Leiden. Ein z. B. allein mit einer Intercostalneuralgie (ohne andere Symptome) verbundenes Gürtelgefühl deutet nur auf Erkrankung der extramedullaren Nervenwurzeln. Langreuter (Dalldorf).

---

527) **F. Karewski** (Berlin): Ueber einen Fall von Throphoneurose im Bereiche des Nervus supraorbitalis. (Berl. klin. W. 83. Nro. 36.)

Bei einer 55jährigen Frau hatte sich im Verlaufe von Jahrzehnten, bei der ersten Schwangerschaft beginnend und mit jeder folgenden schubweise zunehmend, eine bräunlich pigmentirte, narbenähnliche Einsenkung entwickelt, die von den linken Incisura supraorbitatalis sich bis in die behaarte Kopfhaut hinaufzog. Verf. fasst die Affection als eine *Atrophie im Bereiche des N. supraorbitalis sin.* auf, an der sämmtliche in Betracht kommende Gewebe (auch Knochen) theilnahmen. Sensibilität und Muskelerregbarkeit waren intact.

Langreuter (Dalldorf).

---

528) **E. Remak** (Berlin): Ein Fall von Hypoglossuskrampf. (Berl. kl. W. 83. Nro. 34.)

Bei einem 33jährigen gesunden, hereditär nicht belasteten Arbeiter entwickelte sich zugleich mit dem Auftreten eines Gefühls von Pelzigsein in der l. Zungenspitze — ein doppelseitiger masticatorischer Hypoglossuskrampf; d. h. ohne Störung des Geschmacks, der Schmerzempfindlichkeit etc. traten zuweilen spontan, meistens aber beim Kauact, oft 5—6 mal täglich Anfälle auf, während derer die Zunge 45—50 mal in der Minute unwillkürlich vorgeschnellt wurde. Das Sprechen hatte darauf keinen Einfluss. Auf der Höhe der Aufälle gerieth meistens ebenfalls die linke untere Gesichtshälfte mit in Zuckungen und hielt dieser *Hypoglossus-Facialiskrampf* etwa eine Minute an, um dann allmälig abzunehmen. Während des ganzen Actes war keine Bewusstseinsstörung, aber ein gewisses Ohnmachtsgefühl vorhanden. — Die Frage des Ursprungs der Affection, ob peripher (Reflex) oder central (partielle Rindenepilepsie) lässt R. offen. Unter dem Gebrauch von Jodkali und Bromkali sowie der Anwendung des constanten Stroms schwanden die Erscheinungen in 8 Tagen. Der rasche Erfolg spricht allerdings für peripheren Ursprung. Langreuter (Dalldorf).

---

529) **De Jong** (Amsterdam): Epilepsie réflexe ou symptomatique. (Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique Nro. 29. 1883.)

Der hier beschriebene Fall ist insofern von Interesse, als bei einer unbedeutenden Narbe, 23 Jahre nach stattgehabter Verletzung epileptische Anfälle mit Geistesstörung auftraten, welche nach operativer Beseitigung der Narbe wieder völlig schwanden. Es handelt sich um einen 35jährigen Mann, der aus gesunder Familie stammte und sich bisher des besten Wohlseins zu erfreuen hatte. Er ist Portier an einer Fabrik und als fleissiger ordentlicher Mann bekannt. Am 12. Februar 1879 bemerkte er einen Fabrikarbeiter, der beim Verlassen des Hauses etwas unter seiner Blouse versteckt hatte. Er gebot ihm das Gestohlene herauszugeben und war von diesem Moment ab gemüthlich derart afficirt, dass er seinem Herrn nicht den erforderlichen Raport abstatten konnte. Die Nacht vermochte er nicht zu schlafen, und auch den folgenden Tag war er sehr aufgeregt. Zwei Tage nach diesem Vorfalle will er beim Nachhausegehen von zwei Personen, welche er als Freunde

des vorhergenannten Diebes erkannte, verfolgt worden sein; dieselben drohten ihn ins Wasser zu werfen. Es hat später niemals constatirt werden können, ob dieser Verfolgung Wahrheit oder nur die krankhafte Erregung des Pat. zu Grunde lag. Derselbe eilte nach der Fabrik, wo er zwei Stunden später von heftigen allgemeinen Convulsionen mit Bewusstseinsverlust ergriffen wurde. Dieser Anfall dauerte etwa 20 Minuten; nach demselben stellte sich ein Erregungszustand ein, der die Ueberführung des Pat. nach dem Krankenhause nothwendig machte. Den Tag darauf erscheint er ruhig und ohne Erinnerung an die letzten Vorgänge. Während der ärztlichen Visite tritt ein ähnlicher Anfall wie Tags zuvor ein. Die nächsten zwei Tage ist er ruhig und normal, dass ihn die Angehörigen als geheilt nach Hause abholen. Am 5. März wird er aber wieder zurückgebracht, da er seit zwei Tagen sich in grosser Aufregung befindet und 5—6 epileptische Anfälle den Tag hat. Bald nach der Aufnahme tritt wieder Beruhigung und freies Sensorium ein, doch keine Erinnerung für die Vorgänge der letzten Zeit. — Auf die Frage ob er sich niemals in seinem Leben eine Verletzung zugezogen, antwortet Pat., dass er sich einmal als Knabe ganz unerheblich verwundet habe, indem er mit dem Kopfe auf einen Nagel gefallen sei. In Folge einer genauen Untersuchung fand man nun auch in der rechten Schläfengegend eine kleine Narbe eine weisse Linie von 1 cm. Länge und $^1/_2$ millim. Breite Bei Berührung war dieselbe schmerzhaft; bei stärkerem Beklopfen empfand Pat. Sensationen wie vor einer Attaque. Nahm man die Hautfalte, die die Narbe enthielt, zwischen die Finger, so entstand dadurch ein intensiver epileptischer Anfall. Dieses Experiment wurde wiederholt vorgenommen und bot stets den gleichen Ausgang. Somit war die therapeutische Indication festgestellt. Am 10. März wurde die Narbe unter Chloroformnarcose exstirpirt. 6 Stunden nach der Operation hatte Pat. einen epileptischen Anfall von geringerer Intensität als früher. Die nächsten 3 Tage noch psychische Alteration, mässige Erregung, am 4. Tage nach einer guten Nacht ist er ruhig und glücklich über die Ausführung der Operation. Er fühlt: „dass er jetzt ein ganz anderer Mensch geworden ist.“ Am 20. März 1879 wird er entlassen unter der Bedingung sich dem Arzte die nächste Zeit regelmässig vorzustellen. Zum letzten Male ist er 1881 untersucht worden. Er erschien durchaus normal, es hatte sich bis dahin kein epileptischer Anfall mehr eingestellt. Rabow (Berlin).

---

530) **C. A. Ewald** (Berlin): Ueber Phosphorsäureausscheidung bei Paralysis agitans und verwandten Formen der Zitterlähmung.

(Berl. kl. W. 83. Nro. 32.)

Durch Versuche an Frauen der städtischen Siechenanstalt betreffs der obigen Frage kam Verf. zu einem wesentlich negativen Ergebniss, welches er dahin zusammenfasst, dass in der Veränderung der Phosphorsäureausscheidung bei Paral. agitans etc. ein Ausdruck eines verminderten Stoffwechsels nicht vorliegt.

Langreuter (Dalldorf).

---

531) **Peeters** (Gheel): Paralysie agitante avec troubles intellectuels. (Paralysis agitans mit Geistesstörung.) (Bul. de la Soc. de méd. ment. de Belgique. Nro. 29. 1883.)

Verf. macht auf das seltene Vorkommen von Paralysis agitans unter den Insassen der Irrenanstalten aufmerksam. In Gheel, woselbst seit 1876 gegen 2500 Kranke aufgenommen worden sind, hat er nur einen einzigen hierhergehörigen Fall beobachtet. Derselbe betrifft einen 62 jährigen Mann, der nach einer heftigen Gemüthsbewegung bereits vor zehn Jahren die ersten Alterationen der Muskelaction bemerkte, die später hinzugetretene Gemüthsstörung war von andauernd depressiver Natur. Auf dieselbe übte die Motilitätsstörung, welche bald mehr bald minder ausgeprägt war, scheinbar gar keinen Einfluss aus. — Die Autopsie wurde erst drei Tage nach dem Tode vorgenommen und ergab, da auch die mikroscopische Untersuchung des centralen Nervensystems unterblieb, kein nennenswerthes Resultat.

Rabow (Berlin).

---

532) **Paraut** (Toulouse): La paralysie agitante examinée comme cause de folie. (Paralysis agitans als Ursache von Geistesstörung.) (Ann. méd. psycholog. Juli 1883.)

Verf. berichtet über einen Fall von Paralysis agitans mit Geistestörung, den er als berathender Arzt sah. Die Paralysis agitans bestand bei dem früher gesunden, nicht hereditär veranlagten oder Excesse ergebenen Manne seit 12 Jahren und in der letzten Zeit hatte das Leiden bedeutende Fortschritte gemacht. Vor mehreren Jahren war eine geistige Störung dazu getreten in Form von Verfolgungsideen, Hallucinationen. Zuletzt bestand ein dementer Zustand mit Hallucinationen, Verfolgungsgedanken, zeitweisen, heftigen Erregungszuständen.

Im Anschluss an diesen Fall kritisirt Verf. die Arbeit Ball's über das Verhältniss von Paralysis agitans zu Geistesstörung und kommt zu dem Schlusse, dass gewöhnlich Demenz, zuweilen aber auch eine andere Form, jedoch vorwiegend solche depressiver Natur, im Verlauf der Paralysis agitans vorkommt. Otto (Dalldorf).

---

533) **Millet** (Asile St. Anne): Hystérie-catalepsie chez une petite fille de neuf ans. (Hysterisch-kataleptischer Zustand bei einem 9 jährigen Mädchen.) (Ann. méd. psycholog. 1883 Mai.)

Ein 9 jähriges Mädchen mit starker erblicher Belastung hatte hysterisch-kataleptische Zustände, später Krämpfe und konnte leicht hypnotisirt werden. Nach 3 wöchentlicher Behandlung mit Bromkalium, Eisen, kalter Douche war es nicht mehr möglich sie zu hypnotisiren. Nach $^{3}/_{4}$ Jahr war sie überhaupt vollständig hergestellt.

Otto (Dalldorf).

---

534) **J. Wiglesworth:** Case of general paralysis in a young woman commencing at the age of fifteen. (P. bei einem 15 jährigen Mädchen.) (Journ. of ment. science. Juli 1883. S. 240.)

Die zur Zeit 21 jährige Kranke hatte nach einem Sturze im zweiten Jahre an Ohrenfluss gelitten, war mässig intelligent, lernte lesen und schreiben. Im 15. Jahre zeigte sie Gedächtnissschwäche und Unsicherheit des Ganges, später rasch zunehmenden Blödsinn. Vor der Aufnahme ein Anfall von Sprachlosigkeit mit Parese des linken Armes ohne Convulsionen. Das Kniephänomen fehlte. Die Section ergab die gewöhnlichen Befunde bei Paralyse.

Matusch (Dalldorf).

---

535) **Jul. Mickle:** Tuberculad Menningitis in Insane Adults. (Tuberk. Meningitis bei erwachsenen Geisteskranken.) (The journ. of ment. science. Juli 1883. S. 219.)

Die beiden ersten Fälle, in denen die Tuberculose nur die basalen Hirnhäute betraf, bieten nichts Besonderes. Beim dritten fanden sich Tuberkel *nur* an der Convexität beider Hemisphären und flossen an der zweiten und dritten rechten Stirnwindung und der Interparietalfurche zu vascularisirten, der Hirnrinde adhaerenten Knoten zusammen. Trotzdem die Basis intact, wurde Cheyne-Stokes'sches Phänomen beobachtet, und trotzdem die s. g. Corticalzone betroffen war, fehlten Kämpfe oder Lähmungen. Auch im 4. Falle fehlten Motilitätsstörungen; die Tuberkulose beschränkte sich auf den hinteren Theil der Convexität und Basis der rechten Hemisphäre. Der 5. Fall betrifft einen tuberculösen Mann, der unter den Erscheinungen einer rapid verlaufenden Basilarmeningitis starb, ohne dass die Section die Anwesenheit von Tuberkeln in den Hirnhäuten nachwies.

Matusch (Dalldorf).

---

536) **Girand** (Fains): Contribution á l'étude du guérisons tardives. (Beitrag zur Kenntniss der Spätheilungen.) (Ann. méd. psycholog. Jan. 1883.)

537) **Sizuret** (Maréville): Observation d'un cas de quérison après huit ans de séjour à l'asile. (Fall von Heilung nach 8 jährigem Anstaltsaufenthalt. (Ibidem.)

In der *ersten* Arbeit werden nach Erwähnung der 3 Snell'schen Fälle 9 Spätheilungen aus den Journalen von Fains vorgeführt:

1. Chronische Manie. Heilung nach 13 jährigem Aufenthalt in der Anstalt.

2. Chronische Manie, periodische Rückfälle. Heilung nach 8½ Jahren.

3. Manie. Heilung nach 6 Jahren Anstaltspflege.

4. Chronische Manie. Nach 16 Jahren Anstaltspflege Heilung.

5. Remittirende Manie. Nach 14 Jahren 8 Monaten Anstaltspflege Heilung.

6. Remittirende Manie. Wechsel von Erregung und Depression. Heilung nach 10jährigem Aufenthalt in der Anstalt.

7. Melancholie. Heilung nach 8 Jahren 10 Monaten Anstaltspflege.

8. Melancholie. 15 Jahre Anstaltsaufenthalt. Heilung.

9. Melancholie. 7 Jahre Anstaltspflege. Heilung.

In der *zweiten* Arbeit ist ein aktenmässiger Bericht über einen Fall von Melancholie mit Verfolgungsideen und später mit periodischen maniakalischen Errregungszuständen, der nach 8 Jahren Anstaltspflege heilte. Seit 4 Jahren befindet sich nun die betreffende Person in völliger geistiger Gesundheit in der Familie.

Otto (Dalldorf.

---

538) **Rey** (Ville Évrard): Remission de paralysie générale. (Remission in einem Fall von Paralyse.) (Ann. méd. psycholog. 1883 Mai.)

Maniakalische Form der Paralyse: Grössenwahn, Pupillendifferenz, Sprachstörung. Nach 6 Monaten Aufenthalt in der Anstalt, Besserung. Entlassung. 3/4 Jahr später: Der Kranke arbeitete seither in einer Druckerei, er war stark geworden, Sprache noch häsitirend, Pupillen ungleich.

Otto (Dalldorf).

---

539) **Paris** (Maréville): Cas de guérison rapide de lypemanie avec mutilation. (Schnelle Heilung einer Melancholie mit Selbstverstümmelung.) (Ann. méd. psycholog. 1883 März.)

Fall von Melancholie, die in schnelle Heilung überging, nachdem die Kranke sich mit dem Beile die rechte Hand abgehauen hatte.

Otto (Dalldorf).

---

540) **Camuset** (Vaucluse): Folie paralytique à forme alternante. (Paralyse mit wechselnder Form.) (Ann. méd. psycholog. 1883 Juli.)

Bei einem Paralytiker folgten durch je eine Remission geschieden ein melancholischer, ein maniakalischer und zuletzt ein melancholisch-hypochondrischer Zustand, worauf einfache paralytische Demenz blieb.

Otto (Dalldorf).

---

541) **H. Sutherland**: Prognosis in Cases of refusal of food. (Prognose bei Nahrungsverweigerung.) (The journ. of ment. science. Juli 1883.)

Die Schlüsse Sutherland's sind, so weit sie unbestreitbar sind, nicht neu und soweit sie neu sind, nicht bewiesen. Die stricte Bezeichnung „gut“ oder „schlecht“ erscheint zu weit gehend. Wir führen einige seiner Axiome in der Uebersetzung hier an.

1) Die Prognose ist gut, wenn nur eine Abneigung gegen Nahrung besteht, nicht eine directe Verweigerung.

1a) Schlecht, wenn die Nahrung beständig verweigert wird.

2) Gut, wenn Abneigung und Verweigerung auf einer *heilbaren* somatischen Krankheit beruhen.

2a) Schlecht, wenn diese unheilbar ist.

3) Gut, wenn die Verweigerung bei primärer Psychose auftritt.

3a) Schlecht, wenn beim Recidiv.

4) Gut, wenn Patient nach geschehener Zwangsfütterung spontan isst.

4a) Schlecht, wenn er sie weiter verlangt.

5) Gut, wenn sein Ernährungszustand derselbe bleibt.

5a) Schlecht, wenn der Kranke abmagert.

6) Gut bei frühzeitiger, schlecht bei zu spät angewandter Fütterung; gut wenn der Pat. zu genesen wünscht, schlecht wenn er zu Selbstmord neigt. Jedenfalls hänge die Prognose mehr von dem Zustande des Patienten als von der Art der Fütterung ab.

Matusch (Dalldorf).

---

542) **J. Adam:** Cases of self-mutilation by the insane. (Fälle von Selbstverstümmelung.) (The journ. of ment. science. Juli 1883. S. 213.)

Eine hallucinatorisch Verrückte, die sich das rechte Auge ausgebohrt hatte und ein 18jähriger Verrückter mit Wahnideen und lebhaften Sinnestäuschungen religiösen Inhaltes, der sich den Penis amputirte, konnten während mehrerer Jahre der Anstaltsbehandlung nur durch unausgesetzte Aufsicht von weiteren Selbstverstümmelungen abgehalten werden. Nach dieser Zeit bei beiden Besserung.

Matusch (Dalldorf).

---

543) **Geo. H. Savage:** Two cases of rapid death with maniacal symptoms. (Plötzlicher Tod nach maniakalischer Aufregung.) (The journ. of ment. science. Juli 1883. S. 245.)

Ein beständig unruhiger Paralytiker wurde plötzlich still und war nach einer halben Stunde todt. Ebenso plötzlich starb ein Maniakalischer, der 3 Monate vor der Aufnahme ein Trauma erlitten hatte. In beiden Fällen ergab die Section nichts Positives.

Matusch (Dalldorf).

---

544) Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het jaar 1882. (Anstaltsbericht Meerenberg 1882.)

Dieser Bericht zeichnet sich, gleich den früheren von Director C. J. van Persijn erstatteten, durch Gründlichkeit und Ausführlichkeit aus. Im abgelaufenen Jahre wurden 1043 Kranke verpflegt, am letzten December betrug der Totalbestand 919; aufgenommen 131, entlassen 59 und gestorben 65, also im Ganzen ein sehr geringer Wechsel.

Ueber die Verstorbenen wird sehr eingehend berichtet; bei den meisten wurde die Section vorgenommen.

Obersteiner (Wien).

---

545) **Silv. Tonnini** (Imola): La pazzia circolare. (Das circuläre Irresein.)
(Arch. ital. p. l. mal. nerv. 1883.)

Eine kurze Zusammenstellung mit Berücksichtigung der neuesten Anschauungen über diesen Gegenstand. Obersteiner (Wien).

III. Vereinsberichte.

546) **I. 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Freiburg.**
(Originalbericht.)

Heute vollende ich meinen kurzen Bericht.

In der Section für Otiatrie berichtet Prof. Moos aus Heidelberg über einen Fall von *Trigeminusneuralgie,* die durch eine Exostosenbildung im äusseren Gehörgange verursacht war. Die Herren Monakow, Mendel und Wittkowski besprachen gehirnanatomische Gegenstände; der erstere über *experimentelle Rindenatrophie,* der zweite über *Befunde bei der allgem. fortschreitenden Paralyse,* der letzte über *die Neuroglia.* Wittkowski betont unter Hinweis auf seine Arbeit über denselben Gegenstand noch einmal die Verwandtschaft zwischen Neuroglia und Nervenmark und hält für diejenigen Fälle von Paralyse, die auf indurative Encephalitis zurückzuführen sind, daran fest, dass in der Umgebung der Gefässe die Entwicklung von Spinenzellen stattfinde. Mendel wandte sich zunächst gegen Tuczek. Letzterer hatte in einzelnen Rindenbezirken paralytischer Gehirne einen völligen Schwund resp. erhebliche Verminderung der markhaltigen Nervenfasern gefunden und daraus geschlossen, dass das Primäre bei der Paralyse die Atrophie der Nervenfasern sei. M. kann diese Tuczek'schen Befunde nicht bestätigen, zeigt Präparate mit persistenten markhaltigen Nervenfasern aus Paralytikergehirnen vor und hält für das Primäre eine Disposition der Gefässwände zum Durchlassen der Blutkörperchen, deren Auswanderung dann wieder Druck- und Stauungserscheinungen etc. im Gefolge habe. Ein wichtiger Momement, diese Disposition zu veranlassen sei die Syphilis. Er bezeichnet die Paralyse als eine Encephalitis corticalis interstitialis.

Wille sprach über Alkoholpsychosen, Kirn über Chloralpsychosen. Erb glaubte in Bezug auf die periphere Auffassung der multiplen Neuritis (Strümpell) darauf hinweisen zu müssen, dass functionelle Störungen trophischer Centren sehr wohl im Stande seien an der Peripherie nachweisbare Veränderungen hervorzurufen. Jolly berichtete über Versuche die er mit statischer Electricität (bipolare Reizung) an degenerirten Muskeln angestellt hatte. Versuchsobjecte: 6 Fälle von Muskelatrophie aus verschiedener Ursache, ferner Muskeln an Kaninchen nach 2—3 Wochen vorhergegangener Nervendurchschneidung. Als Resultat der Versuche scheint sich ergeben zu haben, dass ein degenerirter Muskel zuerst seine Reactionsfähigkeit gegen den Inductionsstrom, dann gegen die Entladung der statischen Electricität

und zuletzt gegen den galvanischen Strom einbüsst. Seeligmüller theilte in der „Inneren" eine von ihm erfundene neue electrische Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus mit, darin bestehend, dass ein mit der Kathode eines sehr starken Stromes armirter Metallpinsel in schneller Application ($^1/_5$—$^1/_2$ Secunde) über das erkrankte Gelenk gezogen wird; die Annode stehe in der Nähe. Erfolg: Brandschorf; Verfahren höchst schmerzhaft. Schultze (Heidelberg) bezeichnet dieses Verfahren als „forcirte Baunscheidismus" und wies mit Recht darauf hin, dass diese neue electrische Methode mit electrischer Wirkung gar nichts zu thun habe. Es handelt sich nur um eine Moxenwirkung, die wir durch die Points de feu u. A. längst kennen.

L. (B.).

II. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 23. Juni 1883. (Le Progrès med. Nro. 26. 1883.)

547) *Cris hydrocéphaliques.* **Daremberg** hat in einem Falle von tuberculöser Meningitis das durchdringende hydrocephalische Geschrei nach einer subcutanen Injection von Chloroform plötzlich zum Verschwinden gebracht. Dies gelang ihm zu drei verschiedenen Malen. Dabei machte er die interessante Beobachtung, dass sobald das Geschrei aufhörte, der Arm rhytmische Bewegungen machte, ohne dass Patient die Besinnung wieder erlangte. Es verschwand der Krampf in dem einen Organ und tauchte wiederum in einem andern auf. Die Injectionen waren an den verschiedensten Regionen gemacht worden.

548) *Aboiment hystériques gueris par la metallotherapie.* (Hysterisches Bellen geheilt durch Metallotherapie.

Burq theilt folgenden Fall mit. Ein 20 jähriges Mädchen litt neben vollständiger Anästhesie der linken Seite, hartnäckiger Stuhlverstopfung und eigenthümlichen trophischen Störungen der Haut, an Anfällen von Bellen, welche sich seit 4 Jahren nach jeder Mahlzeit und oft nach Gemüthsbewegungen und Ermüdungen einstellten und 15 bis 20 Minuten andauerten. Es wurden gegen diesen Zustand alle möglichen Mittel (Hydrotherapie, Electricität, Arsenik u. s. w.) vergebens in Anwendung gebracht. — Burq versuchte es ohne Erfolg mit allen Metallen bis er schliesslich zum Alluminium seine Zuflucht nahm. Der Kranke legte ein Armband von Aluminium an und am folgenden Tag war die Sensibilität bereits wiedergekehrt. Unter dem Einfluss von Alaunpillen, die täglich eingenommen wurden, verschwanden alle hysterischen Symptome. Die Heilung (!) dauerte bereits 2 Monate an.

549) *Nouveau mode d'anesthesie.* **Quinquaud** lässt ein Thier 5 bis 6 Minuten lang Luft einathmen, die gesättigt ist mit Alkohol- und Chloroformdämpfen zu gleichen Theilen. Sobald Anästhesie der Cornea eingetreten ist, lässt er eine Luft athmen, die durch eine Lösung geht, welche nur einen Theil Chloroform auf 9 Theile Alkohol enthält.

Sitzung vom 7. Juli 1883.

550) *Innervation vaso-motorice.* **Dastre** macht auf seine in Gemeinschaft mit Morat ausgeführte Untersuchungen aufmerksam, aus denen

hervorgeht, dass der Stamm des Ischiadicus gefässzusammenziehende und gefässerweiternde Fasern enthält.

551) **Feris** (Brest) berichtet über *Heilung von Tremor durch Veratrin.* Von Alkoholismus oder nervösen Affectionen abhängiges Zittern verschwindet unter dem Einfluss des Veratrin. Dosis: täglich 2 Milligrm. in 4 Pillen. Die Wirkung zeigt sich schon nach den ersten Gaben. Um dauernden Ersatz zu erzielen, muss man die Behandlung mindestens 10 Tage lang fortsetzen.

III. Société médicale des Hopitaux zu Paris.

Sitzung vom 13. Juli 1883. (Le Progrès méd. Nro. 29. 1883.)

552) **Desnos** kommt auf die in der letzten Sitzung erörterte Frage über *Ataxie locomotrice* zurück und berichtet über einen Mann, der durch einen Unfall plötzlich ums Leben gekommen sei und der vor seinem Tode die deutlichen Symptome der Ataxie locomotrice gezeigt hatte. Bei der Autopsie fand man keine Sklerose der hinteren Stränge sondern nur congestive, mithin heilbare Läsionen. Bei einem andern Kranken, der an Syphilis gelitten hatte und atactische Erscheinungen zeigte führte eine specifische Behandlung zur Heilung.

Dujardin-Beaumetz glaubt, dass Fälle von Heilung zu den äussersten Seltenheiten gehören und macht auf den Widerspruch aufmerksam, der zwischen der angenommenen Aetiologie der Ataxie (Syphilis) und der fast absoluten Unheilbarkeit dieser angeblich syphilitischen Affection existirt. Bei syphilitischen Erkrankungen des Gehirns erziele man mit specifischen Mitteln wahrhaft wunderbare Erfolge.

Debove kennt keinen Fall von Ataxie, dem nur eine Congestion des R.-M. zu Grunde liege. Mit dem sichern Nachweise der Sklerose der hintern Stränge ist die Ataxie locomotrice aus der Classe der Neurosen geschieden. — Was den von Desnos berichteten Fall betrifft, so entspricht derselbe durchaus nicht vollständig dem gewöhnlichen Verlaufe der Ataxie.

Dujardin-Beaumetz giebt das Zusammentreffen von Syphilis und Ataxie zu, ohne wie Fournier zu behaupten, dass die Syphilis Ursache der Ataxie sei.

Debove hat auf seiner Abtheilung zwei Patienten, die sich erst nach dem Beginne ihrer Ataxie einen harten Chanker acquirirt haben.

Vidal glaubt an keinen directen Zusammenhang von Syphilis und Tabes.

Martineau hebt hervor, dass die Syphilis eine sehr verbreitete, die Tabes eine verhältnissmässig seltene Krankheit ist. Man darf sich daher nicht darüber wundern, dass Syphilitische mitunter von Ataxie befallen werden. Rabow (Berlin).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

553) Aus Heidelberg. Das Preisgericht der hiesigen ophthalmolog. Gesellschaft hat bei Vertheilung des Ritter von Wells'schen Preises für die beste in den letzten 3 Jahrgänge des v. Gräfe'schen Archivs (1879—1881) enthaltene Arbeit, einstimmig die Arbeit von Prof. v. Gudden in München: „Ueber die Kreuzung der Nervenfasern im Chiasma nervorum opticorum" dieses Preises für würdig befunden.

554) Aus München. Der Schriftsteller Küswetter, wiederholt in der hiesigen Irrenanstalt in Behandlung gewesen, hatte am 5. d. M den Director von Gudden und den Dr. Hemmer in seine Wohnung zu einer Consultation gebeten. Als die Herren dort eingetreten waren, zog K. einen scharf geladenen Revolver und gab 2 Schüsse auf dieselben ab. Dr. Hemmer wurde am Arm getroffen, von Gudden blieb unverletzt.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Sorau (Brandenb. Land.-Irren-Anstalt), Assistenzarzt sofort, 2000 M. möbl. Wohnung, Heizung und Beleuchtung. 2) Königslutter (Braunschweig), II. Assistenzarzt, 1200 M. freie Station. 3) Andernach, Assistenzarzt, sofort, 1200 M. fr. Stat. 4) Kreisphysicate: Melle (Osnabrüek), Osnabrück (Osnabrück), Gross-Strelitz (Oppeln).

Besetzte Stellen. Dalldorf, (Berlin), Oberarzt, Dr. Wernicke.

Ernannt. San.-Rath Dr. Zimmermann, Kr.-Phys. in Düsseldorf, San.-Rath Dr. Hagedorn in Magdeburg zu *Geheimen* San.-Räthen. Dr. Giessler, Kr.-Phys. in Kassel, Dr. Nothnagel, Kr.-Phys. in Treysa zu *Sanitätsräthen.* San.-Rath Dr. Bitter, Kr.-Phys. in Osnabrück zum Medicinalreferent daselbst. Dr. Litterski zu Crone zum Physicus des Kreises Wirsitz.

Orden. Prof. Dr. Hitzig in Halle a. d. Saale, San.-Rath Dr. Rupprecht, Kr.-Phys. in Hettstedt den roth. Adler IV. Cl., San.-Rath Dr. Flecken, Kr.-Phys. in Euskirchen den roth. Adler III. Cl.

Todesfall. Geh. San.-Rath Dr. Bitter, Kr.-Phys. in Melle. San.-Rath Dr. Bruck, Kr.-Phys. in Gross-Strelitz.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten, für die eingesandten bester Dank abgestattet.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 1. November 1883. Nro. 21.

INHALT.

I. REFERATE. 555) Caspari: Ein Fall von Menigitis tuberculosa. 556) Löwenthal: Ueber den Unterschied zwischen der secundären Degeneration der Seitenstränge nach Hirn- und Rückenmarksverletzungen. 557) Bernhardt: Ueber die sogenannte „temporäre Form" der acuten atrophischen Spinallähmung Erwachsener. 558) Schiff: Berichtigender Nachtrag zu meiner Abhandlung über die Erregbarkeit des Rückenmarks. 559) Schultze: Beitrag zur Lehre von der secundären Degeneration im Rückenmarke des Menschen, nebst Bemerkungen über die Anatomie der Tabes. 560) Dubois: Ueber einen Fall multipler Neuritis. 561) Strümpell: Zur Kenntniss der multiplen degenerativen Neuritis. 562) Fürstner & Zacher: Zur Pathologie und Diagnostik der spinalen Höhlenbildung. 563) Schultze: Ueber aufsteigende atrophische Paralyse mit tödtlichem Ausgang. 564) Berger: Ueber die schlafmachende Wirkung des Acetal und des Paraldehyd. 565) Gugl: Ueber Paraldehyd als Schlafmittel. 566) Berger: Ueber therapeutische Versuche mit Bromaethyl und Nitroglycerin. 567) v. Krafft-Ebing: Ueber transitorisches Irresein auf neurasthenischer Grundlage. 568) Rauch: Primordiale Verrücktheit. 569) Neumann: Ueber die Knochenbrüche bei Geisteskranken.
II. VEREINSBERICHTE. 570) Dujardin-Beaumetz: Bromkalium gegen Diabetes. 571) Leudet: Ueber unbewusste Handlungen in Folge von Vergiftung durch Kohlendunst. 572) Bouchut: Ueber den Einfluss der Intercostalneuralgie auf die Cardialgie. 573) Leudet: Neuritis des N. ulnaris, welche in gewissen Gewerben durch sich wiederholende Contusionen entstehen. 574) Magnan: Ueber bilaterale Hallucinationen verschiedenen Characters je nach der afficirten Seite. 575) Ollivier: Ueber Alteration der Haut bei Tabes dorsalis. 576) Charcot: Ueber einen Fall von Commotio cerebralis bei einem Kinde. 577) Spiro: Ueber Zwangsbewegungen beim Menschen und über das Tischdrehen. 578) Virchow: Ueber Encephalitis congenita. 579) Wolff: Ueber doppelseitig fortschreitende Gesichtsatrophie.
III. PERSONALIEN.

I. Referate.

555) **Caspari** (Moscau): Ein Fall von Meningitis tuberculosa. (Corr. Bl. f. schweizer Aerzte. 1883. 15.)

M. Maksimoff, 14 Jahre alt, aufgenommen den 29. September 1882, gestorben den 24. October. Krankheitsdauer ca. 28 Tage. Der Knabe ist Schüler in der Feldscheererschule, intelligent, sehr kräftig gebaut, fieberlos, von blühendem Aussehen und gibt an, bis vor 2 Monaten stets gesund gewesen zu sein. Zu der Zeit (Juli), nach einem kalten Bade, bekam er Schmerzen im *rechten* Ohr mit Ohrensausen, welche aber schon einen Tag darauf unter Auftreten von mässigem Ohrenfluss aufhörten; einige Tage später verschwand letzteres spurlos und der Knabe fühlte sich wieder ganz gesund. Eine Woche vor seinem Eintritt in's Spital will der Pat. während einer

Turnübung mit der linken Kopfseite an die Wand geschleudert worden sein, verlor auf einige Minuten das Bewusstsein, raffte sich dann aber wieder auf uud gibt mit aller Bestimmtheit an, durchaus keine Schmerzen und Schwindel weder unmittelbar nach dem Vorfall, noch die ersten Tage darauf gespürt zu haben; er fuhr auch fort, in der Schule fleissig zu arbeiten. Erst vor drei Tagen (26. September, also 4 Tage nach dem Unfall), stellten sich, während einer Section, *plötzlich* starke Schmerzen in der *linken* Schläfe, nebst *Schwäche und Krämpfe in den Fingern der rechten Hand* ein; nach einigen Stunden verloren sich Schmerzen und Krämpfe, die *Schwäche blieb aber zurück und die Sprache wurde undeutlich.* In den folgenden Tagen keine Besserung.

Status. Pat. ist fieberfrei und bei vollem Bewusstsein. T. 37, P. 66, R. 24. Am Kopfe nicht die geringsten Spuren einer Verletzung, keine Geschwulst, keine Sugillation, keine Knochendepression nachzuweisen; Palpation und Percussion des Schädels schmerzlos. Gesichtsausdruck sehr ruhig. aber durchaus nicht apathisch. Die einzige Klage des Pat. bezieht sich auf dumpfen, sehr mässigen *Schmerz in der Gegend über dem linken Ohr.* Bei Bewegungen mit dem Kopf nimmt der Schmerz nicht zu, kein Erbrechen, kein Schwindel; in den Augen nichts, nur ist Druck auf den linken Augapfel etwas empfindlich; Pupillen mittelweit, zeigen keine Differenz, Reaction normal. *Der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer* als der linke. Auf alle Fragen antwortet der Pat. mit grosser Präcision, aber die *Articulation* hat wesentlich gelitten; die Sprache ist undeutlich, stammelnd, einzelne Worte werden scandirend ausgesprochen, es ist aber weder Aphasie noch Amnesie vorhanden. Die Zunge wird gerade vorgestreckt; die Seitenbewegungen sind etwas plump. Rechter Arm paretisch, besonders die Hand; die Finger bewegt er auffallend langsam; die übrigen Extremitäten vollkommen frei. Sensibilitätsstörungen durchaus nicht zu constatiren; Reflexe normal, Sphincteren gesund, Appetit ausgezeichnet, Stimmung nicht deprimirt, in Brust- und Bauchorganen nichts.

4. October. T. 36,7—37,0, P. 60, R. 24. Urinmenge in 24 Stunden 660 (1040), kein Zucker, kein Eiweiss. Pat. ist über diese Tage sehr apathisch geworden, klagt aber nicht mehr über Kopfweh; Appetit gut, geht längere Zeit im Zimmer auf und ab, ist aber sehr still und antwortet ungern; die Articulation schlecht wie früher, die Bewegungen der rechten Hand sehr schwerfällig, in den Fingerspitzen etwas Ameisenkriechen.

8. October. T. 36,5—37,0, P. 56. R. 24. Urin 330 (1030), keinerlei Klagen, Druck auf beide Augäpfel schmerzhaft, Zungenspitze weicht etwas nach rechts, Bauch eingezogen, keine Roseola, Milz nicht vergrössert, in Herz und Lungen nichts nachzuweisen, Pupillen mässig erweitert, Reaction träge, keine Spur von Muskelspannungen und Hyperästhesie an den Extremitäten.

10. October. Leichter Kopfschmerz links; gestern zum ersten Male Erbrechen; sehr theilnahmslos und schläfrig.

11. October. T. 37,2, P. 64—48, R. 24. Somnolenz bedeutend

zugenommen; Pat. kann noch auf und ab gehen, sich selbst überlassen aber legt er sich sogleich hin und schlummert; die Sprache wird immer undeutlicher. Gestern zweimaliges Erbrechen; kein Strabismus, keine Contracturen, Appetit gut, von Zeit zu Zeit lautes Stöhnen.

12. October. Abendtemp. 38,3, P. 72, R. 26. Kopfschmerz links von $^1/_2$ stündiger Dauer, im Uebrigen wie gestern.

13. October. T. 38,1 im Rect. gemessen. P. 60, R. 24. Gesichtszüge verfallen, schlummert fortwährend, verlangt aber selbst zu essen und setzt sich noch auf den Stuhl zum Laxiren. Bauch stark eingezogen, Spannungen an beiden Oberextremitäten, aber keine Nackenstarre. Heute früh einmaliges Erbrechen, Schmerz in der linken Schläfe, keine Hyperästhesie der Muskeln, Druck auf beide Augäpfel sehr empfindlich, Pupillen weit, Reaction träge, kein Strabismus.

14. October. T. 38,2, P. 60 dikrot, R. 39. Urin 660 (1015). Sensorium stark benommen, antwortet sehr ungern; man versteht kaum, was er spricht, aber keine Aphasie. *Die Muskeln aller vier Extremitäten und des Nackens gespannt und hyperästhetisch.* Die Augenuntersuchung (Prof. Maklakoff) zeigt: Papille elevirt, die Contouren nicht verwischt, die Venen stark gefüllt und geschlängelt.

16. October. T. 39,0, P. 100—64, R. 28. Urin 330 (1015), kein Eiweiss. Milz nicht vergrössert. Patient ist sehr aufgeregt, stöhnt und schluchzt laut, ruft mitunter die Wärterin, um sich ein Stück Brod geben zu lassen, isst es auch wirklich auf; lässt sich nicht aufdecken, zupft am Kissen. Auf Nachfragen, ob er Schmerzen habe und warum er schreit, antwortet er „nein“ und „ich schreie nicht“. Er liegt meist auf dem Rücken mit angezogenen Beinen und stark ausgesprochenem Kahnbauch. Die Muskelspannungen haben überall abgenommen.

18. October. T. 38,6, P. 108, R. 26, stöhnt Tag und Nacht, rechter Mundwinkel stärker deprimirt, kein Strabismus. Während der Visite isst Pat. in sitzender Stellung ein grosses Stück Brod auf, legt sich darauf wieder hin und fährt fort zu stöhnen, stellt aber Kopfschmerzen in Abrede; Sprache immer unverständlicher.

19. October. T. 38,5 (in recto), P. 94 filifor., R. 24. Extremitäten kalt, soporöser Zustand; bei Druck auf den linken Augapfel verzieht Pat. das Gesicht, stöhnt aber nicht, und antwortet auf keinerlei Fragen, scheint sie auch gar nicht zu hören; zwecklose Bewegungen mit rechtsseitigen Extremitäten.

20. October. T. 38,2, P. ?, R. 24. Stauungspapille, die Venen stark gefüllt, links mehr als rechts. *Im rechten Auge vier graue Knötchen in der Chorioidea* (Tuberk.), im linken dagegen nichts Aehnliches (Unt. Prof. Maklakoff). Tiefer Sopor, allgemeine Macies, *die Finger der rechten Hand in continuirlicher Bewegung,* wie bei Athetosis; Nackenstarre wieder stark ausgesprochen, Mund nach links verzogen, Extremitäten schlaff mit Ausnahme der Vorderarmmuskeln rechts, welche sich in leichter Spannung befinden; Bauch tief ausgehöhlt, Hyperästhesien nicht nachzuweisen.

21. October. T. 36,0—34,8, P. am Herzen 120, R. 28. Haut

trocken, kühl, Züge verfallen, Nase gespitzt, leichte Mundsperre, Nackenstarre wie gestern, mit Mühe eingeflösstes Wasser wird noch geschluckt, Pupillen Stecknadelkopfgross, ohne Reaction.

22. October. T. 34,2—34,0, P. am Herzen 92—64, R. 20. Vollständiges Coma, keinerlei Reaction hervorzurufen.

23. October idem. Exitus am 24. October früh 6 Uhr.

Section 48 Stunden p. m. *Dura* stark injicirt, Innenfläche glatt, linkerseits hie uud da mohnkorngrosse, graue Knötchen. Pia blutleer, wie ausgepresst; an der linken Hemisphäre, längs der Rolandischen Furche, dieselbe verdickt, eitrig belegt, und zeigt daselbst von der Innenseite eine massenhafte Einlagerung von stecknadelkopfgrossen, gelben, verkästen Tuberkelknötchen, welche hauptsächlich die Gegend der untern Hälften der beiden Central- und der Wurzel der ersten (Broca) Stirnwindung einnehmen. Von da aus irradiirt das Exsudat längs den Gefässen nach allen Seiten hin, stets an Intensität abnehmend, so dass gegen die Mittellinie nur noch schwache milchige Trübungen zu sehen sind, während am Hinterhaupts- und Stirnlappen der linken und an der ganzen rechten Hemisphäre die Convexität der Pia für das blosse Auge in jeder Hinsicht gesund erscheint. Links lässt sich die entzündete Pia nur mit bedeutendem Verluste der darunter liegenden Hirnsubstanz abziehen, sonst ist sie überall leicht ablösbar, zeigt aber, von der Innenseite betrachtet, graue Knötchen, deren Zahl und Grösse desto mehr abnimmt, je mehr man sich von der linken Centralfurche entfernt; am spärlichsten sind sie in der rechten Hemisphäre und kaum mit blossem Auge zu unterscheiden. An der Basis ist die Pia in der Gegend des Infundibulum und des Chiasma bis zum vordern Brückenrand trübe und verdickt, ebenso in den beiden sylvischen Spalten, links mehr als rechts, und mit Knötchen versetzt, deren Zahl und Grösse oben um ein bedeutendes geringer ist als an den entsprechenden Centralwindungen. Die *Gyri* an der linken Hemisphäre etwas flacher als rechts; die linke Central- und erste Frontalwindung von rosenrother Farbe; Hirnsubstanz ödematös, Corpus callossum und Fornix zerfliessend weich; die Ventrikel sehr mässig ausgedehnt durch eine stark eiweisshaltige Flüssigkeit. In den grossen Ganglien, Pons und Medulla nichts. *Brust- und Bauchorgane.* Wallnussgrosse, verkäste Bronchialdrüse und frische Tuberkelaussaat in Lungen, Pleura, Milz und Nieren sonst nichts.

---

556) **N. Löwenthal** (Genf): Ueber den Unterschied zwischen der secundären Degeneration der Seitenstränge nach Hirn- und Rückenmarksverletzungen. Mit einem Zusatze von M. Schiff. (Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiologie. Bd. XXXI. 1883.)

L. untersuchte das Rückenmark der von Schiff bei der Durchführung mehrerer Untersuchungen über die Rückenmarks- und Gehirnfunctionen operirten Hunde und fand: a) die nach ausgedehnten, aber nicht tiefen Exstirpationen der erregbaren Rindenzone im Seitenstrange eintretende secundäre Degeneration trifft einen viel ärmeren und zugleich sich schneller erschöpfenden Faserzug, als derjenige, welcher

nach Rückenmarksdurchschneidung degenerirt, b) im ersteren Falle wurde eine zwischen der entarteten Stelle und dem nach oben hin secundär degenerirten Theile des Seitenstrangs liegende, nach Rückenmarksdurchschneidung mit degenerirende Zone verschont.

Schiff bemerkt dazu, dass die erregbare Zone des Gehirns gar nicht alle Elemente zu entfalten braucht und factisch nicht enthält, welche bei Entstehung der absteigenden Degeneration in Betracht kommen. Bei Menschen mit ausgedehnten Hirnverletzungen nimmt die secundäre Degeneration im Seitenstrang des Markes dieselbe Form an, wie sie L. als Folge der Durchschneidung der cervicalen Pyramidenstrangbahnen beschreibt. Goldstein (Aachen).

---

557) **M. Bernhardt** (Berlin): Ueber die sogenannte „temporäre Form" der acuten atrophischen Spinallähmung Erwachsener. (Virchow's Arch. f. path. Anatomie etc. Bd. XCII. Heft 3. 1883.)

Verf. theilt die Krankengeschichte eines 30 jährigen, früher stets gesunden Kaufmanns mit, welcher nach Excessen in Venere und vielleicht auch in Folge von Erkältung innerhalb weniger Wochen von einer enormen Schwäche namentlich der Beine, weniger der oberen Extremitäten, ohne vorangegangenes Fieber befallen wurde. Fehlen von Sensibilitätsstörungen, Fehlen von Schmerzen auch bei Druck auf die erkrankte und schnell atrophische Muskulatur. Das electrische Verhalten der Nerven und Muskeln der betreffenden Extremitäten war merkwürdig genug. Auf der Höhe der Krankheit sah man z. B. im Peronaeusgebiete Reactionen, welche man den sogenannten partiellen Formen oder den Mittelformen der Entartungsreaction hätte zurechnen können, wenn nicht die Herabsetzung der indirecten Erregbarkeit und der directen faradischen sehr erheblich stärker gewesen wäre als es sonst bei diesen Formen der Fall zu sein pflegt. Nach einigen Wochen der Besserung erfolgten die Zuckungen bei indirecter Reizung erst bei höheren Stromstärken als bei directer, während doch bei letzterer, die Kathodenwirkung die der Anode überwog und die Zuckungen ihren früheren trägen Charakter schon ganz verloren hatten. Die nicht gelähmten oberen Extremitäten boten ebenfalls ein merkwürdiges electrisches Verhalten: sehr herabgesetzte directe Erregbarkeit der Muskeln gegen beide Stromesarten ohne deutliche Entartungsreaction, fast normales Verhalten der den Muskeln zugehörigen Nerven gegen beide Stromesarten. Verf. stellte, indem er alle Erscheinungen zusammenfasste, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Poliomyelitis anterior, eine multiple Neuritis und eine weit verbreitete Muskelentzündung ausschliessend. Es trat, wie erwartet, die Verschlimmerung ein und die lähmungsartige Schwäche ergriff in der 6.—7. Krankheitswoche auch die oberen Extremitäten. In der 10.—11. Woche war die Besserung schon eine erhebliche trotz der Atrophie der Muskulatur. Verf. ist geneigt, den Fall als „temporäre Form" anzusehen und macht dabei aufmerksam, dass es gar nicht zu einer eigenthümlichen Lähmung kam. Landouzy und Déjerine theilen unter dem Namen Paralysie générale spinale a marche rapide et curable 2 ähnliche Fälle mit, von denen

wenigstens der eine zu den temporären Formen der acuten atroph. spinalen Lähmung der Erwachsenen zu rechnen ist und die man nicht nöthig hat, als „neue“ Krankheit aufzufassen. Die von jenen Autoren mitgetheilte Obduction der an acuter Miliartuberkulose gestorbenen Patienten bestätigt, dass es wirklich spinale, die vordere graue Substanz vorwiegend oder allein betreffende Veränderungen, von denen die Lähmung und Atrophie der Muskeln abhängig zu machen ist, gibt; diese Veränderungen sind der Ausgleichung, der Heilung fähig. Das electrische Verhalten bietet Verhältnisse, wie sie zuerst von Erb und dem Verf. bei Bleilähmung beschrieben sind und beim ersten zur Hypothese führten, dass im Rückenmarke für die Nerven und Muskeln verschiedene trophische Centralapparate und Bahnen existiren, die gegebenen Falls isolirt von einander erkranken können, vom Verf. so gedeutet wurden, dass der krankmachende Reiz die Muskeln selbst treffe, dass er aber die Nervenendigungen von vornherein entweder unverändert lasse, oder doch nur so afficire, wie sie sich im späten Stadium beginnender Heilung bei ganz schweren Lähmungen befinden mögen, dass er in den Muskeln selbst pathologische Veränderungen hervorbringe, die zur Entartungsreaction führen, ohne sie jedoch so zu zerstören, dass sie dem Reiz des Inductionsstromes oder dem des Willens absolut nicht gehorchen. Goldstein (Aachen).

---

558) **M. Schiff** (Genf): Berichtigender Nachtrag zu meiner Abhandlung über die Erregbarkeit des Rückenmarks. Zweiter Artikel. (Pflüg. Archiv f. d. ges. Physiologie. Bd. XXXI. 1883.)

Die in diesem Centralblatte Nro. 8, pag. 175, 1883 angeführten Versuche, die Dittmar'sche Ansicht betreffend, wurden vom Verf. auf's neue einer Prüfung unterzogen, wobei sich herausstellte, dass er früher die Empfindlichkeit der Hinterstränge für Stromesschleifen unterschätzt hatte. Es zeigte sich, dass im Vorderstrang keine Fasern verlaufen, deren Reizung centripetal auf den Blutdruck einwirkt. Auch die Reizung der Seitenstränge und der grauen Substanz vermag nicht erhöhend auf den Blutdruck zu wirken. Ebenso unwirksam wie die einzelnen Bestandtheile des der Hinterstränge entblössten Dorsal- oder oberen Lendenmarks erwies sich die Gesammtheit derselben zu einem Strange. Verf. bleibt daher bei seiner früher aufgestellten Ansicht, dass die Hinterstränge die einzigen reizbaren Theile des Markes seien.

Goldstein (Aachen).

---

559) **Fr. Schultze** (Heidelberg): Beitrag zur Lehre von der secundaeren Degeneration im Rückenmarke des Menschen, nebst Bemerkungen über die Anatomie der Tabes. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIV. 2 p. 359.)

Folgende 5 Beobachtungen von Rückenmarksverletzungen legt Sch. seinen Erörterungen zu Grunde:

1. Quetschung der *Cauda equina*. Klinisch: hochgradige motorische Lähmung der Beine. Sensibilität stark herabgesetzt.

2. Vollständige Quetschung des *unteren Theiles der Lendenanschwellung und der Ischiadicusfasern*. Klinisch: Lähmung des Ischiadicus-Gebiet. Cruralis intact..

3. Primäre Läsion des grössten Theils der *Lendenanschwellung.* Klinisch: Lähmung im Ischiadicusgebiet. Beeinträchtigte Motilität im Cruralisgebiete, aber unbeeinträchtigte Sensibilität.

4. Continuitätstrennung im unteren *Dorsaltheile* durch Trauma. Klinisch: complete Lähmung der unteren Extremitäten, Blase etc., Anästhesie der Beine und des unteren Theiles des Rumpfes.

Die in Folge der Quetschung secundär degenerirten Partien der Hinterstränge standen in den 3 letzten Fällen (der erste ist nicht genau klinisch beobachtet) in Bezug auf ihre Grösse im Allgemeinen im graden Verhältniss zur klinischen Functionsstörung. Der *degenerirte Strang* hielt sich in allen 4 Fällen *nicht* etwa an die Grenzen der Goll'schen Stränge, sondern — unten den grössten Theil der Hinterstränge einnehmend — nahm er nach oben allmälig an Mächtigkeit ab, bis — je nach der Intensität der Destruction und der Funktionsstörung — auf eine kleine Partie am hinteren Ende der fissura longit. post.

Sch. schliesst — sich auch auf frühere veröffentlichte Fälle anderer Autoren stützend — dass diejenigen Bahnen welche in den sog. Goll'schen Strängen enthalten sind, weiter nach unten an *Breite und Ausdehnung immer mehr zunehmen;* ferner dass, wenn nur die *Ischiadicusbahn* ausgeschaltet ist, das Degenerationsgebiet im Dorsaltheile und besonders in den Goll'schen Strängen *ein viel kleineres* ist.

Die 5te Beobachtung betraf einen perimeningealen Tumor des Halstheiles mit Druckschwund des *mittleren Theiles der Halsanschwellung.* Klinisch waren complete Sensibilitäts- und Motilitätsparalyse der Unterextremitäten und des unteren Rumpfes und sensible, motorische und trophische Störungen an den Oberextremitäten vorhanden gewesen. Bei der Section fanden sich dicht oberhalb der Einwirkungsstelle die gesammten Hinterstränge, weiter nach oben nur die inneren Bezirke derselben entartet. Der *Bezirk* der sog. Goll'schen Stränge wurde auch hier *nicht respectirt.* Dieselben bilden also in ihrer gewöhnlich angenommenen Topographie keineswegs ein qualitativ vom nächsten Nachbargebiet verschiedenes System; sie stellen nur die *längsten* Faserbündel desjenigen Systems von Nervenfasern dar, welche als *centripetale Fortsetzungen* der *hinteren sensiblen Wurzeln der Unterextremitäten* und vielleicht auch des Dorsaltheiles anzusehen sind.

Was das Verhalten der *Seitenstränge* in den mitgetheilten Fällen betraf, so stellte sich eine unzweifelhaft echte *aufsteigende* secundäre Entartung, und zwar eine *ringförmige*, die *äusseren* Partien betreffende, erst ein, wenn die Läsion mindestens die Höhe des *unteren Dorsaltheiles* einnahm. Dagegen liess sich nach *unten* hin immer eine wenn auch nicht hochgradige, doch deutliche Entartung der ganzen Seitenstränge mit Ausnahme des innersten Abschnittes nachweisen.

In den Schlussbemerkungen über die pathologische Anatomie der Tabes überhaupt nimmt Sch. eine *primäre Atrophie* der Nervenfasern an.

Die der Arbeit beigegebenen zahlreichen Abbildungen von Querschnitten machen den Text übersichtlicher.

Langreuter (Dalldorf).

560) **Dubois** (Bern): Ueber einen Fall multipler Neuritis. (Corr.-Bl. f. schweizer Aerzte. 1883. 18.)

Der 27 Jahre alte, vorher gesunde Mann erkrankte am 5. Januar 1883, Morgens früh mit Formicationsgefühl *im kleinen Finger der rechten Hand.* Einige Stunden darauf verspürte Pat. starke *Schmerzen* im kleinen Finger, auch zeigte sich bald leichte Schwellung oberhalb des Handgelenkes. Passive Bewegungen des Fingers waren sehr schmerzhaft. Am *dritten* Tage der Erkrankung hatten die Schmerzen noch zugenommen und sich auf den Ringfinger erstreckt. Anästhesie und motorische Schwäche im Gebiete des Ulnaris trat auf und dieser Nerv wurde am Ellenbogengelenk auf Druck schmerzhaft. Trotz antiphlogistischer Behandlung nahmen die Schmerzen, Anästhesie und Parese zu. Drei Wochen nach Beginn der Erkrankung, verspürte Patient sogar ausstrahlende Schmerzen im *linken* Arm. Aetiologisch war nichts zu ermitteln. Pat. schreibt viel, jedoch nicht übermässig; zeitweise betheiligt er sich an Verpackung und Transport schwerer Kisten, hatte aber in den Tagen vor der Erkrankung keine derartige Beschäftigung gehabt. Ein Trauma war nicht nachweisbar, auch Schlaflähmung war nicht wohl mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, da Patient versicherte, nicht auf der rechten Seite geschlafen zu haben. Pat. hat weder Syphilis noch andere venerische Krankheiten durchgemacht. Er gibt auch an, nie krank gewesen zu sein, ausser etwa 1 Jahr vorher, wo er an einer, mit Schmerz und Röthung verbundenen Anschwellung einer grossen Zehe litt. Diese gichtartige (?) Erkrankung dauerte drei bis vier Wochen und wich einer Behandlung mit Eisumschlägen und Jodanstrich. Sonst war Patient stets gesund, wenn auch nicht kräftig. — Wegen Erkrankung seiner Frau musste Patient in der Nacht häufig aufstehen, auf einem improvisirten Bett in einem ungeheizten Zimmer schlafen. Dadurch hatte seine Gesundheit gelitten, er fühlte sich schwach, müde und hatte wenig Appetit; Fieber will er jedoch nicht gehabt haben. Er ist geneigt, Ermüdung nebst Erkältung als Ursache anzunehmen.

Der am 2. Februar aufgenommene Status ergab nun Folgendes:

Mann von zartem Körperbau; wenig musculös, etwas abgemagert. Die Untersuchung der innern Organe ergibt nichts Abnormes, erkrankt ist nur die *rechte obere Extremität.* Die *rechte Hand* ist besonders am Handrücken mässig geschwollen, nicht geröthet; auch an der Vorderseite des Vorderarmes ist leichte Schwellung bemerkbar, hauptsächlich oberhalb des Handgelenks. Haut leicht schwitzend, zeigt sonst keine Veränderung, ausser durch die Schwellung bedingte Spannung und Glätte.

Pat. hält seine Hand im Handgelenk leicht flectirt, die Finger ebenfalls in leichter Flexion, den Daumen in Mittelstellung zwischen Abduction und Adduction. Er kann die Hand nur mit Mühe schliessen, jedoch bringt er die Fingerspitzen nicht bis zur Berührung der Vola manus und kann einen dargebotenen Gegenstand nicht fassen. Die Hand kann er nur mit Mühe und kaum bis zur Horizontale strecken, Pronation und Supination schwach, Spreizung der Finger minim.

Patient klagt über heftige, mit Formicationsgefühl verbundene, reissende Schmerzen im Verlauf des Ulnaris am Vorderarm, sowie im kleinen Handballen und den zwei letzten Fingern. An letzteren und über die Haut des Hypothenars ist auch die Sensibilität hochgradig herabgesetzt. Starke Nadelstiche werden nur als Berührung, nicht als Schmerz empfunden, schwache werden nicht bemerkt. Im Medianus- und Radialisgebiet ist nur ganz leichte Herabsetzung der Sensibilität ohne Parästhesien. Die Palpation ergibt: auffallende Schmerzhaftigkeit auf Druck im ganzen Verlauf des *Ulnaris* vom Handgelenk bis oberhalb des Ellenbogens. Hinter dem Condylus int. humeri ist der Nervus ulnaris *entschieden als verdickt anzufühlen.*

Auch der *Nervus medianus* ist vom Handgelenk bis zum Ellenbogen *auf Druck schmerzhaft,* sowie der *Radialis an der Umschlagstelle* am Oberarm. Endlich ist auch der *Plexus brachialis* oberhalb der Clavicula auf Druck leicht empfindlich. Schmerzhaftigkeit im anderen Arm hatte nur einen Tag angedauert.

Bei der Besichtigung der verschiedenen Muskelgruppen zeigt sich Folgendes: An der Handmuskulatur in dem vom Ulnaris versorgten Hypothenar ist geringe Atrophie nachweisbar, jedoch nur im *Adductor pollicis brevis* auffallend. Bei der noch vorhandenen leichten Schwellung ist übrigens die Atrophie des Hypothenars weniger bemerkbar. Am ebenfalls etwas geschwollenen Vorderarm ist keine nachweisliche Atrophie ausser im Supinator longus, der etwas dünner erscheint als links. Dagegen ist deutliche Atrophie mit entsprechender motorischer Schwäche im Biceps und Brachialis internus nachweisbar, sowie noch in ganz geringem Grade im Pectoralis major und Deltoideus. Am Biceps ist die motorische Schwäche der nachweislichen Atrophie ziemlich entsprechend, während an der Hand die Parese zu überwiegen scheint.

Die *electrische Prüfung* ergibt:

1) Im *Gebiete des Ulnaris.*

Vom *Nerven aus* (hinter dem Condylus humeri) *einfache Herabsetzung* der faradischen und galvanischen Erregbarkeit.

Bei *directer Muskelreizung* an Flexor carpi Ulnaris und Ulnarhälfte der Flexor. digitor. commun. prof. ebenfalls *einfache Herabsetzung* der Erregbarkeit für beide Stromesarten. An den *Muskeln des Hypothenars* dagegen *erloschene faradische Erregbarkeit* und *Herabsetzung der galvanischen,* aber mit *qualitativer* Veränderung im Sinne der *Entartungsreaction.* Ganz ausgesprochen ist dies aber nur im *Abductor digiti minimi.*

Während *links* die erste KaS dieses Muskels schon bei 1,0 Milliampère Stromstärke auftritt, zeigt sich rechts die erste KaS erst bei 7,0 Milliampères, also bei siebenfacher Stromstärke. — Bei dieser Stromstärke contrahirten sich die nicht armirten Muskeln des Thenar sehr lebhaft, so dass die electrische Prüfung des atrophischen Adductor pollicis brevis, sowie der Interrossei zu keinem sicheren Resultate führte. Einzig und allein im Abductor digiti minimi war es möglich, neben Erloschensein der faradischen Erregbarkeit, die erhal-

tene, jedoch hochgradig herabgesetzte galvanische Erregbarkeit mit aller Sicherheit nachzuweisen. Die Reaction dieses Muskels zeigte ausserdem zwei der Entartungsreaction gehörende Eigenthümlichkeiten, nämlich die auffallende *Trägheit der Zuckung* und das entschiedene *Vorwiegen* der AnS, welche bei der gleichen Stromstärke von 7 M. auftrat, aber kräftiger war. Auch AnO trat ziemlich leicht ein. Im Gebiete des Medianus und Radialis, sowie in den andern atrophischen Muskeln war nirgends Entartungsreaction nachzuweisen, überall nur *einfache Herabsetzung* der Erregbarkeit, ohne Aenderung der Zuckungsformel.

Der Verlauf war ein günstiger. Die anfangs hochgradigen, den Schlaf störenden Schmerzen nahmen unter galvanischer Behandlung (stabile Anwendung der Anode) und Tragen einer Mitella ziemlich rasch ab. — Die Motilität besserte sich zuerst in den weniger intensiv erkrankten, vom Medianus und Radialis innervirten Muskeln. Bald konnte die Hand wieder kräftiger geschlossen werden, die Streckung im Handgelenk bis über die Horizontale wurde wieder möglich. Länger bestand die motorische und sensible Parese im Ulnarisgebiet, jedoch zeigte sich da auch rasche Besserung, so dass Patient nach 4 wöchentlicher Behandlung sehr gebessert entlassen werden konnte.

5 Monate nach Beginn der Erkrankung ergab der Status folgendes: Motilität vollständig zurückgekommen, Druckkraft indessen noch vermindert. Sensibilität noch unter der Norm. Nadelstiche werden am äusseren Handrande und am kleinen Finger nicht als schmerzhaft erkannt. Der 4. Finger besitzt normale Empfindlichkeit. Schmerzen persistiren noch längs dem kleinen Finger und zwischen 4. und 5. Finger. Arm frei von Schmerzen, Biceps nicht mehr atrophisch. Patient kann wieder seiner Beschäftigung als Schreiber obliegen.

---

561) **Adolf Strümpell** (Leipzig): Zur Kenntniss der multiplen degenerativen Neuritis. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIV. 2 p. 339.)

Obigen zuerst von Leyden gebrauchten Namen nimmt Str. für 2 Krankheitsfälle in Anspruch. Er betont die Häufigkeit des *peripheren Ursprungs* vieler atrophischen Paralysen, und glaubt, dass die *Polyomyelitislehre* (Charcot) *mit Unrecht* zu sehr *verallgemeinert* sei. Die mitgetheilten Krankheitsgeschichten betreffen 2 fortschreitende Muskelatrophien mit Lähmung. In beiden Fällen war der *Rückenmarks-Sectionsbefund* vollkommen *negativ*. Dagegen wurde im ersten Falle eine sehr *hochgradige Degeneration und degenerative Atrophie zahlreicher Nervenfasern* in den hauptsächlichen peripheren Stämmen gefunden, im 2ten wurde eine Untersuchung der Nerven nicht vorgenommen. Langreuter (Dalldorf).

---

562) **Fürstner & Zacher** (Heidelberg): Zur Pathologie und Diagnostik der spinalen Höhlenbildung. Eigenthümliche vasomotorische Störung. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIV. 2 p. 422.)

An der Hand eines neu beobachteten Falles und mit Berücksichtigung früher von Westphal, Schüppel und Schultze veröffent-

lichter Fälle versuchen die Verfasser ein *Krankheitsbild aufzustellen* um die *Diagnose spinaler Höhlenbildung zu ermöglichen.*

Von der ausführlichen klinischen Darstellung und dem genau detaillirten Sectionsbefunde gebe ich nur den kurzen Auszug der Verfasser selbst:

Symptome: „37jähriger Mann. Erste Erscheinungen 10 Jahre vor dem Tode. Rechtsseitige Analgesie, Formicationen, Blasenbildung, trophische Störungen an der rechten Hand. Cerebralerscheinungen, besonders Sprachstörung. Fehlen der Sehnen- und Hautreflexe rechts, später des Patellarreflexes links. Vasomotorische Störung. Schwindelanfälle. Bulbärerscheinungen.

Anatomischer Befund: gliomatöse Höhlenbildung im Rückenmark. Degenerative Veränderung der Kerne des Hypoglossus, Vagus, Accessorius, der aufsteigenden Quintuswurzel rechts. Gliawucherung und Spaltbildung in der Medulla rechts.

Halstheil: rechtes Hinterhorn, hinterer Theil der grauen Commissur total, linkes Hinter- und rechtes Vorderhorn zum grössten Theil, das linke Vorderhorn nur gering an der Basis zerstört.

Dorsaltheil: rechtes Vorder- und Hinterhorn total, grösster Theil des linken Vorder- das ganze linke Hinterhorn zerstört.

Lendentheil: rechtes Hinterhorn grösstentheils, rechte basale Substanz, graue Commissur in geringem Grade zerstört."

Das aus diesem und ähnlichen Fällen construirte *Krankheitsbild* würde sich *folgendermassen* gestalten: „Einmal sehr chronische Entwickelung, sich langsam einstellende Atrophie und Schwäche der oberen Extremitäten (der Cervicaltheil scheint besonders gern Ausgangspunkt zu sein), mit Sensibilitätsstörungen leichteren Grades, Fehlen der Sehnenreflexe, selten Rigidität und Contracturen, trophische Störungen (?); in einer zweiten Reihe von Fällen: Analgesie, Herabsetzung des Temparatursinnes, später der Tactilität, Fehlen der Reflexe, vasomotorische Symptome (?); bei beiden Anordnungen unbedeutende motorische Störungen in den unteren Extremitäten.

In einer dritten Reihe: erst die sub 1 aufgeführten Erscheinungen, dann in langem Verlauf die unter 2 betonten. In späteren Stadien anfallsweise Bulbärerscheinungen, Sympaticus-, Trigeminus-, cerebrale Symptome können complicirend hinzutreten.

Langreuter (Dalldorf).

---

563) **Fr. Schultze** (Heidelberg): Ueber aufsteigende atrophische Paralyse mit tödtlichem Ausgang. Nach einem am 8. Mai 1883 im ärztlichen Verein in Heidelberg gehaltenen Vortrage. (Berl. kl. W. 83, Nr. 39.)

Mit obenstehendem Namen benennt Sch. 2 Krankheitsfälle, die trotz fortgesetzter galvanischer Theraphie in 6 bezw. 8 Monaten tödtlich verliefen. Die auffindbaren Ursachen waren in einem Falle Lues im andern Muskelüberanstrengung. Beide Male lag im Wesentlichen eine *aufsteigende progressive, degenerative Atrophie einer grossen Menge von Muskeln nebst Lähmung* derselben vor. (Fibrilläre Zuckungen, Entartungsreaction; Sensibilität intact.) Section konnte nicht gemacht werden.

Verf. schlägt vor, diese und ähnliche Krankheitsbilder lieber symptomatisch zu benennen, statt sich mit verschwommenen Begriffen (Landrische Paralyse u. a.) zu helfen. Er hält dies um so mehr angebracht, als die Rückenmarks-Sectionsbefunde bisher sehr wechselnd, oft vollkommen negativ waren. Langreuter (Dalldorf).

---

564) **O. Berger** (Breslau): Ueber die schlafmachende Wirknng des Acetal und des Paraldehyd. (Bresl. ärztl. Zeitschrift. Nro. 6. 1883.)

465) **Gugl** (Graz): Ueber Paraldehyd als Schlafmittel. (Zeitschrift für Therapie von J. Weiss Nro. 15. 1883.)

Die mit dem von v. Mering empfohlenen Acetal auf der Berger'schen Abtheilung angestellten Versuche ergaben ein sehr wenig zufriedenstellendes Resultat, dagegen empfiehlt Verf. das von Cervello untersuchte Paraldehyd zu weiteren Versuchen überall da, wo das Chloralhydrat nicht wirkt oder contraindicirt ist. Es wird in Dosen von 2—4 Grm. verabreicht. Auch Gugl hat namentlich an Geisteskranken vielfache Versuche mit Paraldehyd angestellt und ist zu dem Resultate gekommen, dass es ein kräftig wirkendes Hypnoticum ist, welches in vielen Fällen dem Chloral wegen der Gefahrlosigkeit bei längerem Gebrauche vorzuziehen sei. Goldstein (Aachen).

---

566) **O. Berger** (Breslau): Ueber therapeutische Versuche mit Bromaethyl und Nitroglycerin. (Bresl. ärztl. Zeitschrift Nro. 8. 1883.)

Ueber Bromaethyl bemerkt Vortragender, dass dasselbe bei neuralgischen und neuralgiformen Zuständen der Gesichts- und Kopfnerven, bei typischer Migraine, bei nervösen Kopfschmerzen und Kopfdruck nach 20—40 Tropfen per inhalationem sich palliativ bewährte, dass dasselbe bei sensibeln und motorischen Reizerscheinungen in Dosen von 1—2 Grm. gute Dienste geleistet, dass es dagegen bei Epilepsie nicht mehr, vielleicht noch weniger leiste als Bromkali und endlich dass es bei schweren hysterischen Convulsionen der Chloroformnarcose vorzuziehen sei. Ueber das Nitroglycerin äussert er sich dahin, dass während bei der Epilepsie ein günstiger Einfluss nicht constatirt werden konnte, zahlreiche Kranke mit verschiedenen Formen der nervösen Kopfschmerzen eine wesentliche Erleichterung durch dieses Mittel fanden. Schliesslich berichtet Vortragender über einen hartnäckigen seit 5 Monaten den verschiedensten Mitteln trotzenden Fall von doppelseitigem Blepharospasmus, (Reflexkrampf in Folge einer Verletzung der Gesichtshaut bei einer Mensur) den er mit localisirter Galvanisation momentan und dauernd heilte. Anode stabil auf Hinterhaupt, entsprechend der oblongata dem eigentlichen locus morbi. Kathode in Hand. Goldstein (Aachen).

---

567) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Ueber transitorisches Irresein auf neurasthenischer Grundlage. (Irrenfreund 1883. Nr. 8.)

Verf. glaubt, dass man das transitorische Irresein durchaus nicht so häufig, wie es gewöhnlich geschehe, auf Epilepsie zurückzuführen habe: er berichtet 5 interessante Fälle von transitorischem Irresein,

die auf den ersten Blick sich als epileptische ausnehmen, es aber nach seiner Meinung entschieden nicht sind. Es traten Stupor- und Dämmerzustände, theilweise mit Angst, theilweise mit Delirien megalomanischen Charakters auf, in allen 5 Fällen liess sich trotz der sorgsamsten Nachforschung ein epileptischer Charakter der Erkrankung nicht erweisen (in *einem* Falle allerdings „*epileptoide*" Erscheinungen: Anfälle von Funken- und Farbensehen, Ohnmachtsanfälle mit clonischen Krämpfen im rechten Arm und Bein.) Dagegen hatte in sämmtlichen Fällen körperliche und geistige Ueberanstrengung, theilweise auch forcirtes Nachtwachen und heftige Gemüthsbewegungen eingewirkt, und eine *typische Neurasthenia cerebralis* gesetzt, die dem transitorischen Irresein längere Zeit vorausging und theilweise nachfolgte.

Verf. lässt es dahingestellt, ob nicht am Ende die *einzelnen Erscheinungen* des transitorischen Irreseins — die tiefe Bewusstseinsstörung und die Delirien — im epileptischen und neurasthenischen Gehirn auf gleiche Weise (Circulationsstörungen, isolirter Gefässkrampf, bedingt durch das labile Gleichgewicht vasomotorischer Centren des Neurasthenikers) zu Stande kommen; auf anämischen Hirnzustand würde die Pupillenweite und die theils partielle, theils allgemeine Herabsetzung der Funktion der Rindengebiete deuten. Jedenfalls unterscheiden sich aber die neurasthenischen Formen des transit. Irreseins von den epileptischen durch die *Prognose* und demgemäss auch in der Therapie. Die Ansicht von Samt, „dass schon aus dem klinischen Bilde psychischer Anfälle allein ein sicherer Schluss auf epileptische Grundlage möglich sei" scheint Verf. *nicht* haltbar. Schoenthal (Grafenberg).

---

568) **Rauch:** Primordiale Verrücktheit. (Ignaug-Diss. Würzburg 1883.)

Sehr detaillirte Analyse eines typischen Falls aus der Würzburger psychiatr. Klinik. Bringt nichts Neues.

Schoenthal (Grafenberg).

---

569) **Neumann** (Heidelberg): Ueber die Knochenbrüche bei Geisteskranken. (Berlin 1883.)

Ungemein ausführlich zusammengestelltes Thatsachen- und Zahlenmaterial. Wesentliche Ergebnisse: es besteht eine abnorme Brüchigkeit der Knochen bei „Psychosen" wie bei anderen Erkrankungen des Nervensystems — „neurotische Osteomalacie." Anhangsweise ist die Vermuthung zu begründen versucht, dass auch die gewöhnliche Osteomalacie der Ausdruck einer Erkrankung des Nervensystems sei.

Schoenthal (Grafenberg).

II. Vereinsberichte.

I. Académie de Médecin.

Sitzung vom 28. August 1883. (Le Progrès méd. Nro. 35. 1883.)

570) *Bromkalium gegen Diabetes.* **Dujardin-Beaumetz** berichtet über eine Arbeit von Félizet bezüglich der Behandlung des Diabetes

mit Kal. bromatum. Verf. hat Thiere diabetisch gemacht und denselben dann Bromkalium verabreicht. Der Erfolg war ein befriedigender. Nach den von Dujardin-Beaumetz gemachten Erfahrungen ist das mit diesem Mittel erzielte Resultat kein auffallend günstiges.

Wenn es auch nach den klinischen Beobachtungen in vielen Fällen genützt hat, so darf nicht vergessen werden, dass nebenher noch andere Medicamente (Arsen, Eisen, China und Alcalina) gereicht worden sind. Wegen seiner die Körperkräfte schwächenden Eigenschaft gebiete die Anwendung des Bromkalium Vorsicht. — Hardy tritt dieser Ansicht bei. —

(Sitzung vom 11. September 1883. Nro. 37.)

571) *Ueber unbewusste Handlungen in Folge von Vergiftung durch Kohlendunst* macht **Leudet** (Rouen) eine Mittheilung. Es handelt sich hierbei nicht um Selbstmorde, sondern um Unfälle. So wird ein junger Mann im Schlafe durch Flammen und Rauch überrascht. Statt vor der ihm drohenden Gefahr zu fliehen, versteckt er sich unter seinem Bette und eilt so seinem sichern Tode entgegen. Er wird durch seine Nachbarn gerettet und ist unfähig eine Erklärung für seine Handlungsweise abzugeben.

In einem andern Falle bringt ein Matrose, um sich zu erwärmen, einen Eimer voll brennenden Cokes in das gemeinsame Zimmer. Die Folgen dieses thörichten Verfahrens blieben nicht aus. Durch rechtzeitiges Eingreifen konnten die in dem Zimmer befindlichen Matrosen noch gerettet werden. Während auf diese das ausgeströmte Gas keine erhebliche Wirkung ausgeübt hat, erscheint der schuldige Matrose in seinem Bewusstsein getrübt. Er geht angekleidet und mit durchnässten Kleidern zu Bett. Die Kohlendunstintoxication äussert ihre Wirkungen nicht bloss auf's Gehirn, sondern auch auf das periphere Nervensystem. Leudet berichtet über einen auf diese Weise in Asphyxie gerathenen Matrosen, der eine Lähmung der Extensoren der rechten Hand und des linken Beines zeigte. Rabow (Berlin).

II. Association francaise pour l'avancement des sciences.

(12⁰ session: *Congrès de Rouen.*)

Sitzung vom 20. August 1883. (Le Progrès med. Nro. 35. 1883.)

572) **Bouchut** spricht über den *Einfluss der Intercostalneuralgie auf die Cardialgie.* Er hat drei junge Frauen beobachtet, die an Intercostalneuralgien litten und plötzlich von Erstickungsanfällen ergriffen wurden. Letztere waren von arythmischer Beschleunigung der Herzaction begleitet. Hysterische Erscheinungen waren niemals beobachtet worden. Das Herz war frei von jeder Erkrankung. Die intermittirende Intercostalneuralgie rief die Herzkrisen hervor und zeitweise schien sie mit diesen zu alterniren. Zweifellos hatte man es in diesen Fällen mit einer primären Intercostalneuralgie und nicht mit schmerzhaften Störungen von Seiten des Herzens zu thun, denn man fand die beiden neuralgischen Punkte, welche dem Verlaufe des Nerven entsprechen; der eine war mehr nach vorn, der andere mehr nach hinten

gelegen. Es handelt sich also um einen Reflexact. Die Therapie bestand in Anwendung von subcutanen Morphiuminjectionen in Dosen von $^1/_4$ Centigramm loco dolenti. In keinem der beobachteten Fälle strahlte die so entstandene Cardialgie in den Arm aus, wie dies bei der Angina pectoris der Fall ist. Nach Bouchut's Ansicht dürfte die Action des Corsets für die Entstehung der Crisen verantwortlich zu machen sein.

573) *Neuritis des N. ulnaris, welche in gewissen Gewerben durch sich wiederholende Contusionen entstehen.* **Leudet** bringt die Entzündung des N. ulnaris, welche aus der langsamen und wiederholten Compression resultirt in Beziehung zur Profession. Dies ist der Fall beim Tischler, der, um zu hobeln, den Ulnarrand der Hand drückt, ebenso verhält es sich mit dem Färber, dem Schuhmacher u. s. w. Bei allen ihren kräftigen Bewegungen werden die einzelnen Nervenfasern maltraitirt und da diese Handwerker durch Alcoholmissbrauch gewöhnlich prädisponirt sind, erklärt sich leicht die Enstehung der Neuritis. Verf. hat dabei folgende characteristische Symptome constatirt: Schmerz, dem ein Absterben der beiden letzten Finger vorangeht, Schwierigkeit, die beiden letzten Finger zu strecken und den Daumen zu beugen. Die Sensibilitätsstörungen sind ungleichmässig vertheilt. Druck rief an gewissen Punkten Zittern der Hand hervor, diese Erscheinung nahm zu, wenn Pat. den Arm hängen liess. Die Empfindung war in den 2 oder 3 letzten Finger abgestumpft. In der ganzen Ausdehnung des Nerven wurden kalte Gegenstände kaum percipirt. Anschwellung des Armes hat L. nur einmal (bei einem Säufer) beobachtet. — Die Krankheit ist von langer Dauer. Sie tritt in Anfällen auf, zwischen denen sich Pausen von vielen Jahren befinden können. Die schmerzhaften Erscheinungen verschwinden von oben nach unten. Die Heilung ist gewöhnlich eine vollständige. Selten tritt Atrophie als Folgezustand ein. Ebenso wenig zeigt diese Form der Neuritis Tendenz sich nach dem Centrum auszubreiten. — Die Behandlung bestand in Ruhe, Anwendung kleiner Vesicatore, des faradischen und des constanten Stromes. Im Einklange mit den Untersuchungen von Tripier glaubt L. an eine Reproduction der Nervenröhren.

(Sitzung vom 12. August. (Le Progrès méd. Nro. 36. 1883.)

Dumenil (Rouen) bemerkt in Bezug auf den vorangegangenen Vortrag, dass Fälle von allgemeiner Lähmung in Folge von Contusion einzelner Nerven bekannt sind. Er hat eine Atrophie der ganzen Extremität 14 Tage nach dem Unfalle auftreten gesehen. Bei Ergriffensein des N. ulnaris z. B. beobachtete er die Alteration der Muskelgruppen, welche in der Hand, dem Unter- und Oberarm nicht nur vom Ulnaris sondern auch vom Medianus und Radialis versorgt werden. Auf diese Eigenthümlichkeit sei übrigens schon Duchenne aufmerksam gemacht worden; sie entstehe durch Fortschreiten der Entzündung auf das Rückenmark. Der aufsteigenden Neuritis schliessen sich eine Atrophie der Zellen der Vorderhörner an, die bekanntlich der Ernährung der Ex-

tremität vorstehen. — Der Prozess kann noch weiter gehen und die ganze Länge des Rückenmarks ergreifen; alsdann beobachte man eine allgemeine Atrophie des ganzen Körpers.

574) *Ueber bilaterale Hallucinationen verschiedenen Characters je nach der afficirten Seite* hält **Magnan** einen Vortrag. Es handelt sich um Hallucinanten, welche auf der einen Seite beständig unangenehme Dinge vernehmen, während die andere Seite nur für angenehme Gehörstäuschungen zugänglich ist. M. verfügt über vier derartige interressante Beobachtungen, von denen er eine im détail mittheilt.

575) **Ollivier** *spricht über Alteration der Haut bei Tabes dorsalis* und macht auf eine übermässige Schweisssecretion der Handteller und Fusssohlen aufmerksam, welche begleitet sei von Seborrhoe der Kopfhaut. Diese Erscheinung stehe im Zusammenhange mit der Rückenmarksaffection. Es handle sich um vasomotorische und trophische Störungen. — O. berichtet über zwei diesbezügliche Fälle. —

Henrot hat dieselbe Erscheinungen bei einem 27 j. Tabiker beobachtet. Der übermässigen Schweisssecretion der Fusssohlen war ein doppeltes symmetrisches Mal perforant gefolgt.

576) **Charcot** theilt einen Fall von *Commotio cerebralis bei einem Kinde* mit. Derselbe betrifft ein dreijähriges Kind, welches nach einem heftigen Fall mit dem Hinterkopfe gegen den Fussboden, von einer vollständigen, rechtsseitigen Hemiplegie mit partieller Anästhesie, Aphasie und Facialisparalyse ergriffen worden war. Schon drei Tage nach ihrem Auftreten besserten sich diese Erscheinungen in der Art, dass vom 4. Tage an die Motilität völlig wiederhergestellt war. Vom 5. zum 6. Tage erschien die Fähigkeit zu reden wieder und am 9. Tage war jede Störung geschwunden. Das Kind blieb gesund. In der sich an diese Mittheilung anschliessenden Discussion bezweifelte Nicaise und Duplong die Richtigkeit der Diagnose, indem sie, namentlich weil das Kind im Augenblick des Unfalls die Besinnung nicht verloren hatte, die Möglichkeit einer Contusio cerebralis annehmen.

Rabow (Berlin).

III. Siebenter Congress russischer Naturforscher und Aerzte in Odessa 1883.

Erste Versammlung der Section für Anatomie und Physiologie.
19—31. August. (Wratsch Nro. 36.)

577) **Spiro:** *Ueber Zwangsbewegungen beim Menschen und über das Tischdrehen.*

Die Erscheinungen, welche man beim Tischdrehen beobachtete frappiren den Beobachter und scheinen schwer zu erklären, was den Vortr. veranlasste, dieselben einer eingehenden physiologischen Analyse zu unterwerfen. — In allgemeinen Zügen seien bei den Seancene von Tischdrehen folgende Erscheinungen zu beobachten. Die Personen stellen sich um einen kleinen runden Tisch und legen ihre

Hände derart auf denselben, dass sie sich mit den Kleinfingern berühren, die „Kette“ bilden und bei tiefem Schweigen wird die Aufmerksamkeit der Betheiligten auf den einen Wunsch concentrirt, dass der Tisch sich bewege. Nach einiger Zeit fängt der Tisch wirklich an, bald auf die eine bald auf die andere Seite zu schwanken und sich nach einer Richtung fortzubewegen, unaufhaltsam die Theilnehmer an der Kette nach sich ziehend. Wenn man ein Glied der Kette zur Zeit aus derselben entfernt, so zeigt sich, dass die Bewegungen des Tischchens fortfahren, auch dann noch, wenn nur die Hände eines einzigen Theilnehmers auf derselben verbleiben. Wenn man beim letzteren die Hautempfindlichkeit untersuche, so zeige sich dieselbe beträchtlich herabgesetzt; Nadelstiche werden wie einfache Berührungen empfunden. Um nun den Versuch weiter zu vereinfachen stellt Vortr. ihn folgendermaassen an: Die Versuchsperson hielt ihre Hände auf einer kleinen runden Platte, an deren unteren Fläche ein Bleistift befestigt war, der jede Bewegung derselben aufzeichnete. Die dabei erhaltenen Figuren waren sehr verwickelt; ausserdem zeigte sich, dass dieselben Erscheinungen auch dann beobachtet wurden, wenn die Versuchsperson nur den Rand der Platte oder endlich auch nur den Bleistift hielt. Zu seinen weiteren Versuchen wählte Vortr. Studenten, welche nie dem Tischdrehen beigewohnt hatten. Eine oder beide Hände der (sitzenden) Versuchsperson wurden mit einem Bleistift zwischen den Fingern auf Papier gelegt, jedoch so, dass die Ellenbogen, wie beim Tischdrehen, nicht unterstützt waren. Nach einiger Zeit begann die Hand sich zu bewegen; da aber die Figuren sich deckten und schwer zu enträthseln waren, so wurden die Bewegungen der Hand mit einem besonderen Hebelapparat registrirt.

Vortr. theilt seine Versuche in 2 Serien. In der ersten bemüht sich die Versuchsperson an nichts zu denken; da aber das sehr schwierig ist, so wurde sie veranlasst für sich zu zählen oder ein auswendig gelerntes Gedicht zu repetiren; in der zweiten Serie dagegen fixirte die Person mit den Augen einen Gegenstand oder eine Zeichnung von möglichst einfachen Contouren, ein Viereck, eine Ziffer und dgl. Bei der ersten Serie zeigt sich, dass die Hand sich entweder in annähernd gerader Linie fortbewegte, oder leichte Bogen beschrieb, oder Ellipsen zeichnete. Bisweilen bedeckten sich die Ellipsen; in anderen Fällen wieder schienen die Adductoren sich vornehmlich zu contrahiren, es wurden Spiralen gezeichnet, während noch in anderen Fällen die Abductoren besonders erregt schienen, es wurden bisquitförmige, mit einander verbundene Figuren erhalten; häufig endlich war die Zeichnung aus allen diesen Formen zusammengesetzt. Wenn beide Hände theilnahmen, so beschrieb jede dieselbe Figur jedoch vollkommen symmetrisch; die Bewegungen waren bisweilen gleichzeitig, häufiger aber abwechselnd, in entgegengesetzten Richtungen. Die Erklärung dieser Bewegungen sei sehr einfach und sei vollständig analog den Handbewegungen bei den gewöhnlichen Bewegungsakten, dem Gehen, Wenden, Greifen, Heben, den gewöhnlichen Gesten etc. Während des

Ganges z. B. wurden die Hände abwechselnd bewegt und beschreiben dabei Ellipsen etc.

In der zweiten Versuchsreihe zeigte sich, dass die Hand automatisch den fixirten oder gedachten Gegenstand zu zeichnen beginnt. Wenn man dem Individuum eine Frage vorlegt, so schreibt seine Hand unbewusst die Antwort. Wenn es die Antwort nicht weiss, so schreibt die Hand Bruchtheile naheliegender Gedanken oder wiederholt ein oder mehrere Male die Frage, erräth mehr oder weniger zutreffend die Antwort, — daher das Hellsehen. Es werden also deutlich bei der automatischen Schrift die gewöhnlichen Bewegungsmechanismen in Action versetzt, nur mit dem Unterschiede, dass der Willensimpuls fehlt. Bei länger fortgesetztem Fixiren eines Gegenstandes bemerkt man eine allmäliche Veränderung der gezeichneten Figur, ihrer Lage und Form. Wenn dann das Fixiren aufgegeben wird und wie in der ersten Serie für sich gezählt oder recitirt wird, so wird anfangs noch das Zeichnen der Figur fortgesetzt und nur allmälich treten die Zeichnungen der ersten Serie in Erscheinung. Das beweise die Existenz von motorischen Nachwirkuungen, Nachbewegungen, ganz analog den Nachbildern des Sehorgans. Die Analogie mit den Nachbildern spreche sich auch in der Existenz negativer Nachbewegungen aus. entsprechend den negativen Nachbildern, den Contrastbildern.

Was die Erklärung dieser automatischen Bewegungen anlange, so beruhen sie auf Reizung der Coordinationscentren des mittleren Grosshirns, der subcorticalen Centren, deren Reizung ja bei Vögeln Zwangsbewegungen, Sträuben der Federn, Manègebewegung etc. bewirke. Die angestrengte Aufmerksamkeit und der lebhafte Wunsch könne wohl eine Hyperämie dieser Theile und leichtere Erregbarkeit derselben hervorrufen, ähnlich wie die Hyperämie und dadurch bewirkte Hyperästhesie der Netzhaut diese für Erregungen zugänglich mache, auf welche sie unter normalen Umständen nicht reagire.

(Fortsetzung folgt.)

Buch (Helsingfors).

IV. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. October 1883. (Originalbericht)

578) Herr **Virchow:** *Ueber Encephalitis congenita.*

Redner gibt zunächst die historische Entwicklung der erörterten Frage. Bereits vor 20 Jahren habe er die Beobachtung gemacht, dass im Gehirne todtgeborener oder neugeborener Kinder zahlreiche Körnchenkugeln und Zellen vorkämen. Dieselben seien durch die weisse Substanz diffus verbreitet, während die graue Substanz frei sei. Die ersten Mittheilungen habe er im Jahre 1865 auf der Naturforscherversammlung in Hannover gemacht. Redner habe gleich die Ansicht vertreten, dass dieses Fett *entzündlichen* Ursprungs sei und daher der Name *Encephalitis congenita* angebracht wäre. Andere, besonders Parrot und Jastrowitz hätten später die ungeheuere Häufigkeit dieser Erscheinungen constatirt und Jastrowitz daher angenommen, dass sie mit den normalen Bildungsvorgängen des Gehirns zusammen-

hinge. Er (Virchow) könne diese Ansicht nicht theilen. — Nach seiner Auffassung gäbe es 3 Arten des Vorkommens von Fett in der Zelle überhaupt:

1) Zum *Wesen* der Zelle gehörig (histogenetisch).

2) Wo das Fett *Vorläufer* des *Zugrundegehens* der Zelle sei.

3) Wo *vorübergehend* Fett aufgenommen werde.

Die Entscheidung, welche von den 3 Arten im Einzelfalle vorläge, könne aus der *Form* allein nicht getroffen werden, es kämen dazu alle Umstände in Betracht. In der jetzt zur Discussion stehenden Frage betreffs des *Kindergehirns* könne es sich nur um Punkt 2 oder 3 handeln. Jastrowitz nehme das letztere an, dass nämlich die Zellen Fett „gefressen" hätten in Folge reichlicher Fettbildung im Kinderhirn, er (Virchow) dagegen glaube, dass es sich um *Fettmetamorphose* in des Wortes strenger Bedeutung handle, weil hier der gewöhnliche regelmässige Vorgang einer solchen vorläge und weil die betr. Elemente in der That zu Grunde gingen. — Der Prozess sei theils ein herdweiser, theils ein diffuser. Diese Herde seien gewöhnliche Erweichungsherde, der Form nach vollständig analog der gelben Erweichung der Erwachsenen, nur dass die Axencylinder mehr betheiligt seien. — Jastrowitz habe gesagt, er könne den Prozess nur dann als einen pathologischen ansehen, wenn er an ungewöhnlichen Stellen und zu Zeiten vorkäme, wo die Bildung des Gehirns bereits vollendet sei. Er stütze seine Ansicht durch das von ihm beobachtete *nahezu constante Vorkommen* des Phänomens.

Seine (Virchow's) im letzten Sommer angestellten Beobachtungen hätten ein anderes Resultat gehabt. 44 eingehende Untersuchungen habe er folgendermassen registrirt:

Von den 44 waren 22 todtgeborene Kinder, 5 in der Geburt gestorben und 17 in den ersten 5 Wochen (meistens in den ersten Tagen) nach der Geburt gestorben.

Von den 27 *streng congenitalen* Fällen hatten 11 die Erscheinung und zwar nur 8 in evidenter Weise. Von den 17 gelebt habenden Kindern waren 3 ohne die Erscheinung (alle 3 atrophisch oder geschwächt) 14 mit der Erscheinung und zwar 9 evident, 5 in geringem Maassstabe.

Weil gerade die Gehirne luetischer und atrophischer Kinder häufig ohne Körnchenzellen gefunden würden, liege kein Grund vor die Ansicht Parrots zu theilen, dass der Prozess Theilerscheinung einer allg. Ernährungsstörung sei. *Er* (Virchow) habe Fettmetamorphose im Centralnervensystem nie als Zeichen allgemeiner Ernährungsstörung gesehn, auch nicht bei Erwachsenen. Redner hebt zum Schluss hervor, dass er — bei der jetzt herrschenden Meinungsdifferenz betr. den Prozess der Entzündung — um den Ausdruck *Entzündung* nicht rechten wolle, dass er aber an einen *irritativen* Vorgang glaube. Er werde in seiner Ansicht bestärkt weil er neben den Körnchenzellen vergrösserte Neurogliazellen und eine fortschreitende Zellentheilung gesehen habe. Eine dem ganzen Vorgang sehr ähnliche Erscheinung könne man bei Netzhautpräparaten während einer Retinitis beobachten.

Sitzung vom 24. October 1883. (Originalbericht.)

Discussion über den Vortrag **Virchow's** *„Encephalitis congenita"*.

Herr Jastrowitz: Er habe nicht wegen der *Häufigkeit* des Vorkommens von Körnchenzellen in Kinderhirnen dieselben für physiologisch gehalten, sondern weil er sie gerade immer bei *gesunden* Kindern gefunden habe. Das Material der Charité (Virchow's Material) sei seiner Ansicht nach nicht geeignet, weil daselbst viele schwache, anämische Kinder vorkämen, (wie auch Virchow angegeben), bei denen eine langsamere Entwicklung stattfände, wo also die zur Neubildung der Nervenfasern nöthige Fettbildung noch nicht stattgefunden habe. Daher erkläre es sich, dass dieselbe so häufig nicht gefunden sei. Er müsse gestehen, dass er überaus selten Kindergehirne ohne Körnchenzellen gefunden habe, allerdings häufig erst nach sehr langer und sorgfältiger Untersuchung. Uebrigens halte er seine *positiven* Resultate für Beweiskräftiger als die *negativen* Virchow's Wenn Herr Virchow gesagt habe, dass zur Entscheidung der Frage, ob Fett oder nicht, Alkali den Präparaten zugesetzt sei, so halte er (Jastrowitz) die Alkalimethode nicht für angebracht, weil sie leicht das ganze Bild unklar mache; er zöge daher die Lösung mit Alcohol und Aether vor. Zur Stütze seiner Ansicht, dass die Fettkörnchenzellen mit der Bildung der weissen Nervenfasern zu thun hätten, diene der Umstand, dass er sie fast immer *reihenweise angeordnet* gefunden habe. Zuerst sei er der Ansicht gewesen, die Fettzellenbildung möchte durch den Kohlesäurereichthum des Kinderblutes bewirkt worden sein, aber Versuche (Einwirkungen von $C\,O^2$ auf Nervengewebe) hätten ihn eines besseren belehrt. Bei jungen, gesunden Thieren habe er mikroscopisch dasselbe Bild wie im Kindergehirne gesehen, es sei dadurch ein weiterer Beweis für das Physiologische des Vorgangs erbracht. Dass nicht auch pathologisch eine Fettzellenbildung im Gehirne der Kinder vorkäme wolle er nicht bestreiten, aber er bleibe dabei, diese für physiologisch zu halten, wenn sie an ungewöhnlichem Orte vorkäme.

Herr Virchow erwiedert, dass er der regionären Untersuchung ihren vollen Werth zuerkenne, dass er Entwicklung an beschränktem Orte von der allgemeinen Verbreitung unterschiede, dass er aber nur die letztere zum Gegenstand seiner Erörterung gemacht habe. Jastrowitz gestände zu, dass ein necrobiotischer Prozess vorvorliege und behaupte trotzdem, dass daraus direct Neubildung hervorginge. Es wäre das im ganzen menschlichen Organismus ein unerhörter Vorgang, da sonst Fettmetamorphose immer Regeneration bedeute. Jastrowitz nehme beim Kindergehirne einen absoluten Ausnahmefall an, während er (Virchow) von allgemeinen Gesetzen ausginge. Wenn Jastrowitz annehme, die Zellen „frässen" das Fett, so müsse er (Virchow) constatiren, dass die Neurogliazellen nie Tendenz zur Fettaufnahme besässen — im Gegensatz zu andern z. B. den Leberzellen. Die Methode von Jastrowitz, die Entscheidung durch Alkohol und Aether (ob Fett oder nicht) herbeizuführen, sei nicht zuverlässig, da sich darin auch Myelin lösen lasse. Virchow betont

dann noch einmal die Genauigkeit seiner Untersuchungen und spricht schliesslich seine Meinung dahin aus: Der Befund von Fett-Körnchenzellen im Kinderhirn deute so sicher auf pathologische Prozesse, dass man ihn gerichtsärztlich verwerthen könne.

Herr Jastrowitz versichert noch einmal, dass er auf Thatsachen gestützt, an seiner Theorie festhalten müsse: dass nämlich die Bildung von Körnchenzellen nothwendig mit der Entwicklung von Nervenfasern zusammen hinge, trotz des anscheinenden Widerspruchs mit den gewöhnlichen Regenerationsvorgängen im Körper. Er stehe nicht allein da, denn auch Stricker habe behauptet, dass jede embryonale Zelle zu einer gewissen Zeit Körnchenzelle sei. Dass es gerade Neurogliazellen seien, die Fett aufnähmen, habe er nicht behauptet, im Kindergehirn kämen vielmehr alle möglichen embryonalen Zellen vor.

Herr Liebreich constatirt, dass er bei zahlreichen Versuchen aus normalen Gehirnen von Individuen jeder Altersstufe nie habe Fett extrahiren können. (Alkohol und Aether.)

Herr Jastrowitz erwiedert, dass es ihm auf die Körnchenzellen ankomme; ob dieselben Fett im chemischen Sinne enthielten, bezweifle er (beim normalen Gehirne) eben auch.

Herr Virchow sagt in seinem Schlusswort der Debatte, dass man vor Allem erst den Ausdruck „Körnchenzellen“ definiren müsse. Bei seiner Behauptung einer „Encephalitis congenita“ habe er das Vorkommen von wirklichen Fettkörnchenzellen im Auge gehabt. Diese typische Zelle würde besonders bei der gelben Gehirnerweichung der Erwachsenen gefunden und drücke eben immer eine regressive Metamorphose aus.

(Die Klärung der wichtichen Frage wurde sehr erschwert dadurch, dass man die chemische Seite, die den Gegenstand nur compliciren konnte, in der Debatte zu sehr hervorhob. Flechsig, der im Allg. auf Seiten von Jastrowitz steht, wurde nicht erwähnt. Derselbe legt das Hauptgewicht auf die morphologische Beschaffenheit der in Frage kommenden Zellen. Ref.)

Langreuter (Dalldorf).

V. Verhandlungen der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur.

Sitzung vom 1. Juni 1883.

579) **Julius Wolff** (Breslau): *Ueber doppelseitig fortschreitende Gesichtsatrophie.*

Nach einleitenden Erörterungen über trophische Störungen im Allgemeinen und den Gesichtsschwund im Speciellen gibt Vortragender einen Ueberblick über die Geschichte dieser Krankheit und zugleich eine Kritik der bisher über sie herrschenden Theorieen. Sodann be-

schreibt er einen von ihm auf der Abtheilung des Herrn Sanitätsrath Dr. Friedländer beobachteten Fall von doppelseitigem Gesichtsschwund, welcher sich als zweiter dem Eulenburg'schen Falle anreiht und in vieler Hinsicht von Interesse ist.

Derselbe betrifft ein 24 jähriges Dienstmädchen, Clara Pludra. Sie wurde zum ersten Male im Alter von 19 Jahren menstruirt, ihre Periode war bis zum Mai vorigen Jahres regelmässig, wo sie aussetzte, um erst im Mai dieses Jahres auf einen Tag wiederzukehren. Von da an erfolgte sie allmonatlich auf mehrere Tage und verlief ohne irgend welche Beschwerden. Von Nervenkrankheiten ist in ihrer Familie nur eine zur Kenntniss gelangt; eine Schwester ihrer Mutter nämlich leidet seit 3 Jahren an Krämpfen. Ihr Vater starb an Kehlkopfschwindsucht; die Mutter an galoppirender Schwindsucht; ein Bruder und eine Schwester sind gleichfalls kehlkopfkrank, von den übrigen 7 Geschwistern weiss sie nichts Näheres anzugeben. Als kleines Mädchen hat sie Masern und Scharlach durchgemacht; während letzterer Krankheit, sie war damals 6 Jahre alt, hatte sie eine heftige Halsentzündung mit hochgradigen Schlingbeschwerden und immer zunehmender Athemnoth zu überstehen, ja sie war einmal der Erstickung so nahe, dass der Arzt „zur Bräuneoperation“ schreiten wollte, doch ist sie schliesslich, obwohl nur mit Rachenpinselungen behandelt, der Gefahr glücklich entronnen. Seit dieser Zeit wurde sie jedoch stets von Schmerzen im Halse, zumal der rechten Seite, besonders beim Schlingen, von Athemnoth und von einem stechenden Schmerz der rechten Stirn und Schläfe belästigt, welcher mit wechselnder Häufigkeit und Intensität wiederkehrte und „im Knochen festsass“. Die übrigen Symptome, denen sich nicht selten Stechen im rechten Ohre hinzugesellte, waren zeitweilig ebenfalls wenig beschwerlich, um ein andermal desto empfindlicher hervorzutreten, wie sehr sie sich gegen jegliche Erkältung durch gründliche Einpackung des Gesichtes und Halses schützen musste und zu schützen wusste. Im Mai 1881 war sie in Folge anhaltenden mit Frost einhergehenden Fiebers, Icterus, galligen Erbrechens und zunehmender Schwäche — der Arzt nannte es Gallenfieber — gegen 6 Wochen ans Bett gefesselt. Nach ihrer Wiederherstellung waren es immer wieder die Halsbeschwerden, welche sie peinigten und zeitweilig zu Erstickungsanfällen führten. Letztere waren die Veranlassung, dass die Kranke die Klinik im Mai 1882 aufsuchte; seit 4 Wochen waren übrigens auch neuralgiforme Schmerzen im Rücken, im Bereich der drei letzten Rippen linkerseits, mit Anschwellung dieser Gegend hinzugetreten ohne vorausgegangene Erkältung; sie stellten sich gewöhnlich Vormittags und Abends für kurze Zeit ein und waren in der medicinischen Klinik mit Breiumschlägen, Schwitzbädern und salicylsaurem Natron innerlich rasch beseitigt. Gegen die durch die chronische Tonsillitis bedingten Halsbeschwerden wurde bald eine Pilocarpin-Injectionscur installirt, unter welcher sich Patientin eine Zeit lang recht wohl befand. Nach 3 Wochen jedoch wurde sie wiederum von einem Erstickungsanfall heimgesucht, sodass die Excision beider Tonsillen von welchen die

rechte weit voluminöser war, als die linke, für nothwendig befunden und in der chirurgischen Klinik hierselbst ausgeführt wurde. Seit dieser Operation soll ihre bis dahin näselnde Sprache erst vorübergehend, sodann dauernd heisser geworden sein, wie sie auch jetzt ist, seitdem habe sie auch über Brennen und Kratzen im Halse zu klagen gehabt und das Stechen im rechten Ohr wurde häufiger. Gleich beim Eintritt in die Klinik wurde die sonst sehr intelligente Kranke zum ersten Male darauf aufmerksam gemacht, dass die rechte Gesichtshälfte eingesunken und das Haar des rechten Scheitels dünner sei als links. Mitte Juni vorigen Jahres, als noch die Tonsillenstümpfe etwas eiterten, wurde sie, wahrscheinlich durch Infection von einer anderen Unterleibstyphuskranken, an deren Bett sie den grössten Theil des Tages zubrachte, von typischem Unterleibstyphus mit Roseola, hohem Fieber, Diarrhöen etc. befallen. Nach 6 Wochen war sie hergestellt, nun aber gingen ihr die Haare, und zwar nur auf der rechten Seite, stark aus und ersetzten sich nicht wieder. Im September vorigen Jahres verliess sie auf 2 Tage die Klinik. 8 Tage, nachdem sie wiedergekommen, acquirirte sie noch einmal, wahrscheinlich wiederum durch directe Ansteckung von einer ihr befreundeten Typhuskranken, Abdominaltyphus, an welchem sie jetzt $^1/_4$ Jahr lang mit Roseola, hohem Fieber, Stuhlverstopfung darniederlag. Gegen Ende desselben bekam sie neuralgiforme Schmerzen im Unterkiefer rechts, welche sie den übrigens vollkommen gesunden Zähnen zuschrieb, unabhängig davon stechende Schmerzen, welche vom occiput rechterseits, im Knochen festsitzend, sich über den ganzen rechten Scheitel hinzogen bis in die rechte Stirn, Schläfe, Auge, „wo es herauswollte“, in das Jochbein und den Unterkiefer. Gar nicht selten wurde sie durch Paroxysmen in der Nacht geweckt; ausserhalb derselben bestand hochgradige Hyperästhesie in den von den Schmerzen befallenen Partien. Häufig gingen die Schmerzanfälle mit Schwindelgefühl und Schwäche in den Gliedern mit reichlicher Thränensecretion und mitunter sehr heftiger Entzündung des rechten Auges einher, sodass dasselbe ein wenig anschwoll; kalte Umschläge waren dann schädlich, während warme Breiumschläge gute Dienste leisteten. Bald ging auch die Neuralgie (Anfang März) auf die linke Gesichtshälfte über, vornehmlich auf die linke Stirn, mit Thränensecretion des linken Auges nnd zeitweiliger Entzündung desselben verbunden. Niemals übrigens gewahrte sie eine einseitige Röthe oder Blässe der Wangen, vielmehr weiss sie bestimmt, dass zie, bei physischen Functionen z. B., beiderseits gleichmässig erröthete. Niemals ferner trat ein Auge aus der Orbita sichtlich hervor, noch sank es ein, und bei der Thränensecretion ausserhalb der neuralgischen Ataquen, ebenso bei der Schweissabsonderung im Gesicht trat keinerlei Unterschied der beiden Seiten zu Tage. Anfang März gesellten sich auch zu den neuralgischen Schmerzen tonische, häufiger klonische Zuckungen der Kaumuskeln, namentlich des rechten m. masseter; im trigonum inframaxillare rechterseits bestand meist ein durch tonische Contractionen bewirktes Gefühl von Zusammenschnürung und es war ihr dann, wie wenn dort ein Knochen sässe. Letzteres pflegte auch bei längerem Offen-

halten des Mundes, sowie beim heftigen Zusammenbeissen der Zähne einzutreten, zugleich mit einem Krampfgefühl an der inneren Seite, des rechten m. sternocleidomastoideus. Seit dem Bestehen der Kaumuskelkrämpfe, auf welche übrigens die verschiedensten Medicamente: Morphium, Arsen, Chloral, Chinin, nur einen ungünstigen Einfluss auszuüben vermochten, fiel die rechte Gesichtshälfte mehr und mehr ein, der Haarschwund rechterseits wurde beträchtlicher, ja etablirte sich auch auf dem linken Scheitel. Seit Kurzem (etwa Anfang Mai) entdeckte sie ferner eine Pigmentirung des linken oberen und unteren Augenlides, die sie entschieden früher nicht gehabt haben will, ja die linke Gesichtshälfte soll, sie erkennt das mit Sicherheit an der Lage des linken Auges gegen früher deutlich eingesunken sei. Grosse Trockenheit im Munde hat sie schon vor dem zweiten Typhus gehabt, ebenso bittern Geschmack. Niemals bestand Speichelfluss. Im April d. J. verfiel Patientin zweimal in mehrtägigen Zwischenräumen in Epilepsie mit vollkommenem Bewusstseinsverlust, sie stürzt dabei aus dem Bett heraus auf die gesunde Gesichtsseite. Seit dem 27. April d. J. befindet sie sich auf der medicinischen Abtheilung des Allerheiligenhospitals.

(Schluss folgt.)

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Sorau (Brandenb. Land.-Irren-Anstalt), Assistenzarzt sofort, 2000 M. möbl. Wohnung, Heizung und Beleuchtung. 2) Königslutter (Braunschweig), II. Assistenzarzt, 1200 M. freie Station. 3) Andernach, Assistenzarzt, sofort, 1200 M. fr. Stat. 4) Leubus, Volontairarzt. 5) Pfullingen (Württemberg), Assistenzarzt, Ende d. J. 1200 bis 1800 M. fr. Stat. 6) Kreisphysicate: Melle (Osnabrück), Osnabrück (Osnabrück), Gross-Strelitz (Oppeln).

Versetzt. Dr. Grunau, II. Arzt in Schwetz in gleicher Eigenschaft nach Neustadt (Westpr.).

Ernannt. Dr. Heise, Assistenzarzt in Göttingen zum II. Arzt in Schwetz. Dr. Dyrenfurth in Kanth zum Physicus des Kreises Bütow.

Ausgeschieden. Leubus: Volontairarzt Dr. Dluhosch und Dr. Werner.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken an die Redaction wird ergebenst gebeten, für die eingesandten bester Dank abgestattet.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1 1/2 Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben und redigirt von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in **Bendorf,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke“ zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 15. November 1883. Nro. 22.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Richard Neuendorff: Mittheilungen aus der psychiatrischen Praxis.
II. REFERATE. 580) Marchi: Feinere Anatomie der Streifenhügel. 581) Tenchini: Varietäten der Rolandischen Furche. 582) Buccola: Die psychische Reactionszeit mit Rücksicht auf den Ortssinn. 583) Il Sistema nervoso centrale. 584) Swasey: Wahrscheinlich ein Fall von Tumor des Kleinhirns. 585) Holt: Gliosarcom des Kleinhirns bei einem 4 ein halb Jahre alten Kinde. 586) Churton: Enchodrom beider Lungen mit secundärem Gewächs im Gehirn. 587) White: Hirnhohlräume. 588) Dana: Ueber Pathologie und Behandlung gewisser Formen von Nervenschwäche. 589) Burton: Puerperale Eclampsie. 590) Cervello: Paraldehyd als Antagonist des Strychnins. 591) Möbius: Ueber nervöse Familien. 592) Kiernan: Vortäuschung von Hydrophobie durch andere Neurosen. 593) Madigan: Geisteskrankheit nach Masern. 594) Victor: Ueber Geisteskrankheiten in Folge hoher äusserer Temperatur. 595) Dörr: Ueber die eigenartige Form der paralytischen Geistesstörung bei Alkoholikern. 596) Tamburini und Sepilli: Studio di psicopatologia criminale sopra un caso di imbecillità morale con idee fisse impulsive. 597) Wright: Die Unfähigkeit zwischen Recht und Unrecht zu unterscheiden, durch automatische Vorgänge verdeckt.
III. VEREINSBERICHTE. 598) Rosenbach: Zur Frage über die Pathogenese der Epilepsie. 599) Bechterew: Ueber den Einfluss der Grosshirnhemisphäre auf die Sphären des Gesichtes und des Gehörs. 600) Wolff: Ueber doppelseitig fortschreitende Gesichtsatrophie. 601) Andrews: Ueber die gewisse Ohrenerkrankungen complicirenden resp. ihnen folgenden Gehirnaffectionen. 602) Gibney: Ueber einen Fall von Poliomyelitis anterior infant.
IV. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 603) Aus Paris. 604) Internationaler medicinischer Congress zu Kopenhagen im August 1884. V. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Mittheilungen aus der psychiatrischen Praxis.

Von Dr. med. RICHARD NEUENDORFF,
Arzt an der Landesirrenanstalt zu Bernburg.

I.

Psychose und Carcinom.

Ein 55 jähriger Dienstmann, seit einiger Zeit ohne Arbeit, erkrankte im Frühjahr 1882 an Bluterbrechen, allgemeiner Mattigkeit, oedematösen Anschwellungen der Füsse und Urinbeschwerden. Eine damals eingeleitete Milchkur hebt das Uebel soweit, dass Patient leichtere Arbeiten wieder verrichten kann. Er fühlt sich indessen doch noch immer angegriffen und kränkelt fortdauernd, ohne besondere Symptome.

Am 15. Februar d. J. wird er der Irrenanstalt zugeführt, da

er gewaltthätig geworden war unter dem Vorgeben, seine Frau vergifte ihn, gebe ihm Schmutz und andere Dinge zu essen, wonach er Leibschmerzen bekomme es ihm übel und schwindelig werde.

Patient ist von mittlerer Grösse, starkknochig, abgemagert, fettlos; schlaffe Muskulatur, Augen tiefliegend, hohl, Blick düster, Backenknochen hervorragend, Gesichtsfarbe bleich, cachecktisch, Gase im Dickdarm, sonst nichts Auffälliges, namentlich nicht von Seiten des Magens.

Februar: Es kommt einmal und zwar am 16. Februar, ein Tag nach der Aufnahme, nach Genuss von Cafe und nach dem Mittagessen, Erbrechen vor. Nachdem eine geeignete Diät angeordnet, wird kein Erbrechen mehr beobachtet, selbst, nachdem die Diät nach einigen Tagen wieder verlassen und sogar Fleisch und Schwarzbrod auf Wunsch gereicht wird. Patient hat in 14 Tagen 5 Pfd. zugenommen. Psychisch nörgelig, misstrauisch, verschlossen, hält an der Idee fest, dass ihn die Frau habe vergiften wollen.

März: Pat. fühlt sich vorübergehend wohler, Füsse und Gesicht sind etwas ödematös, Aussehen elend. Geniesst alles, was gereicht wird (Cafe, Semmel, Fleisch, Gemüse, Schwarzbrod) *ohne* Erbrechen. Von der Mitte des Monats ab Stimmung verdrossener, Depression; Pat. fürchtet zu sterben, lässt andere Kranke von seinem Essen kosten, ehe er etwas davon geniesst. Hat 7 Pfd. abgenommen.

April: Bei einer eingehenden Untersuchung der Bauchorgane, lässt sich weder ein bestimmter Schmerz constatiren, noch eine Geschwulst fühlen. Pat. reagirt auf jede Berührung mit starken Reflexen. — Während des Monats wechseln Perioden, in denen Pat. stumpf, stumm und steif, ohne sich zu rühren im Bett liegt, mit solchen, in welchen er in alberner Weise stundenlang ein und dieselbe Bewegung macht, nur im Flüsterton spricht, zuweilen monoton längere Zeit ein und dasselbe Wort wiederholt, sich plötzlich raptusartig energisch vor die Brust, oder den Kopf schlägt. Die Stimmung ist meist weinerlich, ängstlich. Er habe sich versündigt, alle beleidigt, er wolle gern sterben, doch könne er nicht aus der Welt kommen. Er verkennt Personen, sieht an der Wand Thiere, die gemartert werden und hört sie schreien. Bittet himmelhoch, ihm doch etwas zu essen zu geben, ihm noch einmal eine Mahlzeit zu gönnen, dabei verweigert er jedesmal die Nahrung und lässt sich stets die Speisen weichen. Er ist elend und schwach. Erbrechen *nicht* vorhanden. Gewichtsabnahme 8 Pfd.

Mai: Theilweise querulirend, theilweise sehr deprimirt mit Furcht vor dem Tode. Schlägt sich zuweilen tactförmig mit der Faust in's Gesicht, wie er sagt „aus Spass“. Glaubt noch immer vergiftet zu werden und nimmt sehr misstrauisch Nahrung zu sich. Oedem der Füsse. Im Urin kein Eiweiss. Wird immer elender, *kein* Erbrechen. Gewichtsabnahme 3 Pfd.

Juni: Psychisch unverändert, bekommt an der Nase ein winziges Geschwür, meint, das sei Syphilis. Nahrungsaufnahme gering, Stuhl fast regelmässig einen Tag um den anderen, *kein* Erbrechen. Gewichtsabnahme beträchtlich: 6 Pfd.

Juli: Nährt sich schlecht, will keinen Wein, da es kein Wein sei, will keine Suppe, da man Medicin dazwischen gethan habe; misstrauisch, mürrisch. Hydrops, Anasarka, grosse Kraftlosigkeit und Abmagerung. *Kein* Erbrechen. Gewichtsabnahme 3 Pfd.

August: Meint der ihm gereichte Cafe sei Urin, ist ungemein unleidlich, unzufrieden, mürrisch und verbindet allerhand Vergiftungsideen mit einem höchst oppositionellen Wesen. Alle Symptome der Kachexie nehmen zu, doch tritt *kein* Erbrechen ein. Am 19. August Tod. Puls 68, Temp. kurz vor Eintritt des exitus 35,1. —

Die Section ergab ausser einer grossen Macies und Anämie ein über hühnereigrosses, längs der ganzen curvatura minor ventriculi von der Cardia bis zum Pylorus sich hinziehendes, fast die halbe Magenwand ausfüllendes Carcinoma medullare.

Interessant ist an diesem Fall, dass der als Hauptsymptom der Psychose im Vordergrund stehende Wahn vergiftet zu werden, sicher in Verbindung gebracht werden kann mit dem somatischen Leiden. Dieses bot sonderbarer Weise mit Ausnahme der Kachexie kein charakteristisches Symptom für Carcinom. Es war weder Erbrechen noch Schmerz vorhanden, noch ein Tumor zu fühlen. Die grosse Magerkeit und Kraftlosigkeit konnte ebenso gut mit der lange Zeit anstehenden ungenügenden Nahrungsaufnahme erklärt werden. Interessant ist noch die Endtemperatur.

II.

Zur Wirkung der Tinctura Aconiti.

In der Sitzung des Vereins für innere Medicin zu Berlin vom 2. Juli 1883, (Siehe deutsche med. Wochenschrift vom 11. Juli 1883, Seite 419 ff.) bespricht gelegentlich des Vortrages des Herrn Dr. Langgaard über Aconitinpräparate Herr Dr. W. Lublinski seine Erfahrungen über Tinctura Aconiti. Es heisst dort „bei diesen beiden Affectionen (Angina und Tonsillitis) habe ich in einer recht grossen Anzahl von Fällen T. Aconiti in Dosen von 3—6 Tropfen dreistündlich gereicht, muss aber bemerken, dass auch nicht der mindeste Einfluss auf die Krankheit ausgeübt werden konnte. Hinzufügen möchte ich noch, dass die von Sydney Ringer ursprünglich angerathene Gabe ½ bis 1 Tropfen viertelstündlich zwei Stunden lang gereicht und dann stündlich ebensoviel gegeben, eine Applicationsweise ist, die denn doch zu sehr nach Homöopathie schmeckt, als dass ich sie anwenden möchte.“ —

Bezüglich des letzten Satzes dürfte eine Wirkung der T. Aconiti, die auch schon bei so kleinen Dosen erzielt worden, entschieden interessant sein und gestatte ich mir daher nachfolgende Beobachtung mitzutheilen:

Ein seit etwa zwei Jahren an Dementia paralytica erkrankter, seit einem Jahr in der hiesigen Anstalt behandelter 49 Jahre alter Kaufmann, bekommt Anfang Mai 1883 auf beiden Handrücken symetrisch eine mit Hyperämie der Haut verbundene Bläschenbildung, die in einzelnen und confluirenden Papeln kleine und grössere Kreise

bildet. Von Tag zu Tag breitet sich das Erythem aus. Bei näherer Untersuchung des Patienten wird eine bis dahin in keiner Weise auffällige Unregelmässigkeit der Herzthätigkeit bemerkt. Die Arythmie ist eigentlich undefinirbar. Es wechseln bald drei, bald vier, bald fünf und noch mehr kurze mit grosser Schnelligkeit auf einander folgende Schläge mit solchen, zwischen denen eine längere Zwischenpause, ja zuweilen momentaner Stillstand des Herzens zu beobachten ist. Es ist nicht möglich sich ein Bild von der Pulsfrequenz zu verschaffen. Herr Sanitätsrath Dr. Fränkel, dessen freundlicher Bereitwilligkeit ich die Benutzung der einschlägigen Krankengeschichte verdanke, verordnete von der Ansicht ausgehend, dass das Erythem in Zusammenhang stände mit der unregelmässigen Herzaction am 7. Mai Tinctura Aconiti 3 mal täglich einen Tropfen.

Mai

10. Nach Verbrauch von 9 Tropfen T. Aconiti in der angegebenen Weise ist der Herzschlag vollständig regelmässig, jede Spur der Arythmie ist verschwunden. Puls voll 96. Der Ausschlag besteht fort, blasst aber entschieden ab. Aussetzen des Medicaments.
11. Der regelmässige Herzschlag besteht fort.
12. Der Herzschlag wird wieder unregelmässig, das Erythem blasst immer mehr ab.
13. Bei noch unregelmässigem Herzschlag wird von Mittag ab wieder T. Aconiti 3 mal täglich 1 Tropfen verabreicht.
14. Herzschlag noch unregelmässig, das Erythem verschwindet fast ganz.
15. Herzschlag wieder völlig regelmässig nach Verbrauch von 8 Tropfen. Aussetzen des Medikaments.
16. Vollständig regelmässiger Herzschlag. Puls voll, 84.
17. Herzschlag wieder unregelmässig. Ord. T. Aconiti.
18. Herzschlag noch unregelmässig.
19. Herzschlag Abends regelmässig nach Verbrauch von etwa 9 Tropfen.
20. Herzschlag noch regelmässig.
21. Herzschlag wieder unregelmässig.
22. Herzschlag unregelmässig, gestern Ord. T. Aconiti.
23. Herzschlag noch unregelmässig.
24. Nach Verbrauch von 9 Tropfen T. Aconiti wieder Herzschlag regelmässig. Medikament ausgesetzt.
25. Regelmässig. Puls voll 84.
26. Ebenso. Das Erythem ist ganz verschwunden.
27. Unregelmässiger Herzschlag, ebenso am 28, 29, 30.
31. Das Medikament wird aus rein äusseren Gründen erst heute seit Mittag wieder gereicht.

Juni.

5. Die Wirkung bleibt länger aus. Nach 16 Tropfen T. Aconiti tritt wieder regelmässiger Herzschlag ein und bleibt nach Aussetzen des Medikamentes regelmässig bis zum 8. Juni. Der Puls ist aber nicht mehr so voll wie sonst, auch erhebt sich die Frequenz desselben nicht über 64.

Theils aus letzterem Grunde, theils weil der eigentliche Zweck der Darreichung des Medikamentes, die Abheilung des Erythems erfüllt war, wurde ein weiterer Versuch mit T. Aconiti aufgegeben.

Die Körpertemperatur des Patienten erhob sich während der Darreichung des Medikamentes nicht über 37,4. Das angewandte Präparat war nach mündlicher Ueberlieferung des Herrn Apothekers, das in hiesigen Officinen gebräuchliche, in der Zusammensetzung von 1 Theil Drogue auf 5 Theile Extract. —

So kurz die Beobachtung ist, so lässt sich doch in fast rythmischer Reihenfolge nach Verabreichung von in der That sehr kleinen Dosen der T. Aconiti eine prompte Wirkung auf die Herzthätigkeit erkennen, in Folge deren wohl auch das Erythem verschwand. Das Resultat ist umsomehr bemerkenswerth, als dasselbe auch die Gefahrlosigkeit der Aconit-Präparate illustrirt.

Die Wirkung der T. Aconiti auf das Herz bei demselben Patienten, konnte ich noch weiterhin beobachten, als einige Monate später im September sich eigenthümliche fast zu derselben Tageszeit wiederkehrende asthmatische Anfälle einstellten. Nach 3 mal 3 Tropfen T. Aconiti täglich gereicht, wurde die Herzaction regelmässiger, wenn auch nicht mehr in der exacten Weise, wie bei der früheren Beobachtung. Die zunehmende Hinfälligkeit des Patienten, setzte weiteren Versuchen ein Ziel.

Die einen Monat später vorgenommene Section ergab Erweiterung des Herzens und fettige Degeneration desselben. In der Aorta von den Klappen bis zum Anfang der Bauchaorta das Gesammtbild der Endaortitis chron. deformans. Im Hirn zeigte sich ausser dem gewöhnlichen bei Paralyse vorhandenen Befund, eine auffällige Vergrösserung der linken Hälfte der Brücke und ebenso waren die Vagusfasern links bedeutend stärker entwickelt als rechts.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

580) **V. Marchi** (Reggio): Sulla fina anatomia dei corpi striati. (Feinere Anatomie der Streifenhügel.) (Riv. sperim. di fren. 1883. 2. 3. H.)

In den Streifenhügeln und dem Linsenkerne finden sich 2 Arten von Ganglienzellen: viele kleinere und einzelne grössere. Alle besitzen einen Axencylinderfortsatz und mehrere Protoplasmafortsätze. Ersterer verhält sich nicht gleich, sondern man trifft beide von Golgi aufgestellten Typen von Ganglienzellen (vergl. d. Centr.-Bl. 1882. pag. 472) an. — Verf. ist der Ansicht, dass die in Rede stehenden Ganglien eine gemischte motorische und sensorische Function besitzen.

Obersteiner (Wien).

---

581) **L. Tenchini** (Parma): Sopra alcune varietá della scissura di Rolando dell encefalo umano. (Varietäten der Rolandischen Furche.) (Riv. sperim. di fren. 1883. 2. 3.)

Das Material zu den vorliegenden Untersuchungen bilden 114 menschliche Gehirne (228 Hemisphären).

Die bekannte Ueberbrückung der Centralspalte durch eine oberflächlich sichtbare Windung (Gyrus fronto-parietalis medius) fand T. häufiger, als dies von anderen Autoren angegeben wird, und zwar 9 mal bei Männern (4 rechts, 5 links) und 6 mal bei Frauen (1 rechts, 1 links, 2 auf beiden Seiten). Immer lag diese überbrückende Windung im unteren Drittel der Fissura Rolando. —

Eine Communication der Fissura Rolando mit der Sylvischen Furche sah T. einmal an der linken Hemisphäre eines männlichen Gehirnes und bei Weibern 5 mal (3 mal links und an einem Gehirne beiderseits).

Als besonders wichtige Anomalie ist das Fehlen der Centralspalte an der rechten Hemisphäre die von einem blödsinnigen Weibe stammte, hervorzuheben; an jener Windung, welche den verschmolzenen gyr. frontalis und parietalis ascend. entsprach, waren nur ganz seichte unterbrochene Vertiefungen als Andeutungen der mangelnden Fissura Rolando zu erkennen. Obersteiner (Wien).

---

582) **G. Buccola** (Torino): Il tempo dell processo psichico nell'estesiametria tattile. (Die psychische Reactionszeit mit Rücksicht auf den Ortssinn.) (Riv. sperim. di fren. 1883. 2 3.)

Der Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, die Zeit zu ermitteln, welche bei verschiedener Entfernung der Spitzen des Tasterzirkels nothwendig ist, um eine einfache oder eine doppelte Berührung als solche zu erkennen, und vorzüglich auch den Einfluss der Uebung auf die Unterscheidungsfähigkeit bei diesen Versuchen zu studiren.

Unter allen Umständen nahm die Reactionszeit im Verlaufe der Untersuchungen für eine bestimmte Hautstelle ab, also durch Uebung. Ferner kann im Ganzen als Regel gelten, dass um so schneller reagirt wird, je weiter an einer gewissen Hautstelle die Zirkelspitzen von einander entfernt stehen.

Doppelempfindungen wurden meist ein wenig schneller (allerdings nur wenige Tausendtheile einer Secunde) percipirt, als einfache Berührungen.

Die Versuche wurden theilweise an der Spitze des Zeigefingers, theils am Handrücken angestellt; dabei ergab sich auch, dass der oben erwähnte Einfluss der Uebung bei den Versuchen an der Fingerspitze bedeutend deutlicher ausgesprochen war.

Obersteiner (Wien).

---

583) Il Sistema nervoso centrale. (Das Centralnervensystem.) (Mailand, Fr. Vallardi. 1883.)

Unter obigem Titel erscheinen mehrere Bände, welche eine umfassende Darlegung unserer Kenntnisse vom Baue und den Leistungen des Centralnervensystems liefern sollen. Bisher sind folgende Arbeiten erschienen: Golgi, Allgemeines über das Centralnervensystem und Histologie des Nervengewebes. Stefani, Allgemeine Physiologie des Centralnervensystems. Tenchini, Normale Anatomie des menschlichen Gehirnes. Vergleichende Anatomie.

Eine Anzahl von Abbildungen, welche theils in den Text eingefügt, theils auf eigenen Tafeln beigegeben sind, dient zur Erläuterung.

Obersteiner (Wien).

---

584) **E. Swasey** (Limerick, Me.): Probably a case of tumor of the cerebellum. (Wahrscheinlich ein Fall von Tumor des Kleinhirns.) (The Medical Record 14 Juli 1883.)

Ein 36 jähriger gesunder Mann verliert plötzlich bedeutend an Körpergewicht und bekommt Schwindelanfälle mit Kopfschmerz, denen 2 Wochen später nervöse Dyspepsie mit Erbrechen, sowie in Folge von Coordinationsstörung taumelnder Gang folgten. Beim Aufstehen fiel Pat. rückwärts, beim Gehen wankte er wie ein Betrunkener; bei geschlossenen Augen entstand kein Schwanken; sensible und psychische Störungen fehlten. Der Tod trat etwa 4 Monate nach Beginn der Erkrankung unter heftigen Hinterhauptsschmerzen und plötzlich sich einstellender Cyanose (ohne Krämpfe pp.) ein.

Section wurde nicht gestattet. Verf. erzählt am Schlusse seiner Arbeit einen ähnlichen von E. Holt, New-York, behandelten Fall.

Voigt (Oeynhausen).

---

585) **Emmet Holt** (New-York): Glio-Sarcoma of the cerebellum occurring in a child four and one-half years of age. (Gliosarcom des Kleinhirn's bei einem $4^1/_2$ Jahre alten Kinde.) (The Medical Record 31. März 1883.)

Der Tumor sass im untern wurmförmigen Fortsatze des Kleinhirns und war etwa 3 mal so gross, als dieser; daneben fand sich Dilatation sämmtlicher Ventrikel namentlich des vierten. Der Fall bestätigt hinsichtlich der Symptome die von Nothnagel aufgestellten Sätze.

Voigt (Oeynhausen).

---

586) **Churton:** Enchondroma of both Lungs with Secondary Growth in Brain. (Enchodrom beider Lungen mit secundärem Gewächs im Gehirn.) (Lancet März 1883.)

Ch. beschreibt einen Fall, in welchem bei einem 18jährigen Mädchen neben Enchondromen in beiden Lungen ein ca. 27 Gramm wiegendes Osteoenchondrom in der Substanz des rechten Hirns gefunden wurde. Als Symptome des letzteren waren häufige Anfälle von Kopfschmerzen und Erbrechen vorhanden gewesen, denen nach 2 oder 3 Wochen Zuckungen des linken Arms, danach in Pausen auftretende, einstündige oder länger dauernde Anfälle von Bewusstlosigkeit folgten. Der Tod trat etwa 2 Monate nach Beginn der Hirnsymptome ein.

Voigt (Oeynhausen).

---

587) **White:** Cerebral Vacuolation. (Hirnhohlräume.) (Britisch Medical Journal 17. Mai 1883.)

White und Savage führen 9 verschiedene Ursachen der Bildung von Hohlräumen in der Gehirnsubstanz an. Sie unterscheiden

unter Anderem zwischen dem état criblé, da derselbe durch eine Dilatation der Hirngefässe entstehe, und dem Zustande des „Gruyère-Käse Aussehens“ welches durch Erweiterung der His'schen perivasculären Lymphräume hervorgebracht werde.

Voigt (Oeynhausen.)

---

588) **C. L. Dana** (New-York): On the pathology and treatment of certain formes of nerve-weakness. (Ueber Pathologie und Behandlung gewisser Formen von Nervenschwäche.) (The Medical Record 21. Juli 1883.)

D. will unter dem allgemeinen Namen „Nervenschwäche“ die als Hysterie, Nervosität, nervöse Erschöpfung (Neurasthenie) Hypochondrie (nur gewisse Formen) bekannten functionellen Neurosen zusammenfassen, da sie ätiologisch sowohl, als anatomisch zusammengehören. In „physiologisch-pathologischer“ Hinsicht unterscheidet er 1. die reizbare Schwäche des Nervensystems (z. B. durch Anämie); 2. die absolute Schwäche derselben, seine vollkommene Erschöpfung (nicht nur in einzelnen Theilen; z. B. Impotenz); 3. die verminderte Widerstandsfähigkeit in den Nervencentren (ein kleiner Reiz z. B. verursacht statt eines eine Menge Reflexe u. s. w.); 4. die verminderte Kraft höherer Nervencentren (Verstand, Urtheil). Diese Störungen kommen in verschiedenen Graden und Combinationen bei den einzelnen jener functionellen Erkrankungen vor, sodass es im gegebenen Falle oft recht schwer ist, ihn in die eine oder die andere Kategorie zu bringen; gleichwohl giebt es gewisse (vom Verf. skizzirte) Characteristika, die eine differentielle Diagnose einigermassen ermöglichen. — In Bezug auf die Therapie stellt Verf. als allgemeine Regeln auf, die Ernährung des Körpers und speciell des Nervensystems zu verbessern, specifische Arzneien zu geben, etwa bestehende örtliche Ursachen der Nervenreizung zu beseitigen, auf die Psyche einzuwirken. Letzteres stellt er mit Recht sehr hoch. Von Arzneimitteln rühmt er am meisten die Bromide, doch wünscht er dieselbe in grössern Dosen, als üblich, oft bis zur Bromisirung angewendet. Im Uebrigen führt er Electricität in allen möglichen Anwendungsweisen und Formen, Hydrotherapie, heisse und kühle Bäder u. s. w. als nutzbringend an. — Bei der Discussion (die Arbeit trug Verf. in der Versammlung der Practitioner's Society of New-York am 4. Mai 1883 vor) wird die Prognose fast allseitig als ziemlich ungünstig quoad sanationem hingestellt.

Voigt (Oeynhausen).

---

589) **Burton**: Puerperal Eclampsia. (Medical Press and Circular, 30. Mai 1883.)

Die puerperale Eclampsie besteht nach B. in einem durch Nervenreize verschiedener Art hervorgerufenen Krampf der Hirnblutgefässe, der plötzliche Hirnanämie und dadurch die eclamptischen Anfälle (Krämpfe, Bewusstlosigkeit) verursache. B. meint, dass sich auf diese Weise die guten Erfolge der gewöhnlich angewandten Mittel, als Chloroform, Chloral, Bromkali, Morphium, Aderlass am besten erklären.

Voigt (Oeynhausen).

---

590) **V. Cervello:** La Paraldeide come antagonista della Stricnina. (Paraldehyd als Antagonist des Strychnins.) (Arch. p. l. scienz. med. VII. 6. H.)

Schon geringe Menge von Paraldehyd genügen um Thiere, welche mit weit mehr als einer tödtlichen Dosis von Strychnin vergiftet worden waren am Leben zu erhalten, und alle Intoxicationserscheinungen des Strychnins zu unterdrücken. Der Hauptvorzug des Paraldehyds auch vor dem besten Antidote des Strychnins, dem Chloralhydrat, besteht darin, dass es schon in kleinen Dosen sicher wirkt; es kommen ihm keinerlei schädliche Wirkungen auf's Herz zu.

Obersteiner (Wien).

---

591) **P. J. Möbius** (Leipzig): Ueber nervöse Familien. (Allg. Ztschr. f. Psych. Band 40, Heft 1 u. 2. 1883.)

In der Absicht, durch die Aufstellung von Stammbäumen neuropathischer Familien die Erblichkeitsverhältnisse näher zu beleuchten, berichtet Verf. in möglichst ausführlicher Weise über 5 solcher Geschlechtsregister und zwar absichtlich über solche, die vorwiegend leichtere psychische oder nervöse Affectionen aufweisen. Denn gerade diese verdienen theils wegen ihrer enormen Häufigkeit, theils wegen ihrer Verknüpfung mit den schweren Formen mehr Beachtung, als man ihnen bisher geschenkt hat. Indem wir betreffs der interessanten Einzelheiten auf das Original verweisen, wollen wir nur noch einige der allgemeinen Betrachtungen des Verf's. anführen. Der Einfluss der erblichen Belastung ist danach viel grösser als man gewöhnlich annimmt, wenn man eben nicht nur die schweren Affectionen mitzählt, sondern auch die kleinen Stigmata hereditär beachtet. Von den Zügen die Morel und seine Nachfolger den verschiedenen Stufen des hereditären Irreseins zugeschrieben haben, konnte Verf. bei seinen Familien nur wenige finden. Besonders scheint ihm die moralische Entartung bei guter Intelligenz relativ selten zu sein.

Ein Umstand auf den Verf. besonders aufmerksam macht, ist der, dass gewisse körperliche Stigmata, zu denen in den erwähnten Stammbäumen auch die Scoliose zählt, auch bei den leichten Formen nicht fehlen. Um der weiteren Vererbung der neuropathischen Diathese möglichst Einhalt zu thun, sollen Personen, bei denen irgend schwerere Formen der nervösen Degeneration aufgetreten sind, nicht heirathen. Auch ist das Publicum über die Bedeutung der Vererbung aufzuklären.

Kron (Berlin).

---

592) **J. G. Kiernan** (Chicago): Mimicry of hydrophobia by other neuroses. (Vortäuschung von Hydrophobie durch andere Neurosen.) (The Amer. journ of neur. & psych. 2. 1883.)

Von Hysterie, akutem Alcoholismus, Epilepsie sind Fälle bekannt gemacht worden, die den Symptomencomplex der Lyssa täuschend nachahmten. Verf. sah einen 20j. Mann mit jagendem Pulse, beschleunigter Respiration, subnormaler Temperatur und stark dilatirten Pupillen der beständig zähen Speichel von sich gab und über grosse Trockenheit im Schlunde, sowie über ein Gefühl von Constriction im obern

Theile der Brust klagte. Beim Versuche zu trinken stellte sich ein ausgesprochener Larynxspasmus ein. Das Bewusstsein war umschleiert, nicht ganz aufgehoben. Ausserdem bestand Retentio urin. et alvi. Die Anamnese ergab, dass Pat. seit einer Reihe von Jahren an *Epilepsie* litt. Wäre derselbe zufällig zur Zeit des beschriebenen Anfalls von einem Hunde gebissen worden, so würde ein diagnostischer Irrthum verzeihlich gewesen sein. In einem andern Falle war eine akute Manie unter demselben Bilde aufgetreten, so dass sich ein anderer Arzt, der 15 Fälle von echter Lyssa gesehen hatte, der obigen Diagnose erst anschloss, als er von der Genesung des Pat. hörte. Die Therapie des Verf. würde übrigens auch bei Lyssa diesselbe gewesen sein, nämlich Conium (worauf derselbe besonders Werth legt) mit Chloral.

Kron (Berlin).

---

593) **M. J. Madigan** (New-York): Insanity from measles. (Geisteskrankheit nach Masern.) (The Am. journ. of neur. & psych. 2. 1883.)

Der erste der vom Verf. selbst beobachteten Fälle betrifft einen 16 j. Pat., der bis zum Ausbruche der Masern gesund und hereditär nur insoweit belastet war, als sein Vater zu den Alkoholisten gehörte. Die Krankheit verlief unter ungewöhnlich hohem Fieber, zeigte aber sonst nichts bemerkenswerthes. In der Reconvalescenz bildet sich nur ein hallucinatorisches Irresein aus, (Pat. erwacht aus einem ängstlichen Traume mit Gesichtshallucinationen) das mit heftigen Erregungszuständen einhergeht. Nach Abnahme derselben bleibt noch 3 Monate ein stuporöses Verhalten, worauf Genesung erfolgt. In dem zweiten Falle trat die geistige Störung bei einem 21 j. neurasthenischen Pat. unmittelbar nach dem Abfall der ziemlich beträchtlichen Temperatur und zwar in Form einer akuten halluc. Verrücktheit auf, die zugleich mit dem Exanthem wieder verschwand.

Der 3. Fall stellt nach der Ansicht des Verf. wohl eine Complication mit Meningitis dar. Der 26 j. Mann, dessen Vater an Epilepsie, dessen Mutter an Chorea gelitten hatte, war im 16. Jahre an den Masern erkrankt. Er hatte im Verlauf derselben zunächst über heftigen Kopfschmerz geklagt und darauf 3 Tage lang Delirien gezeigt, an die sich Dementia anschloss.

Kron (Berlin).

---

594) **R. Victor** (Sorau): Ueber Geisteskrankheiten in Folge hoher äusserer Temperatur. (Allg. Ztschr. f. Psych. Band 40, Heft 1 u. 7. 1883.)

Grosse Hitze kann akut oder durch länger dauernde Einwirkung, namentlich in Formen strahlender Wärme, Geistesstörungen erzeugen. Diejenigen, welche sich auf erstgenanntem Wege entwickeln, möchte Verf. in Hitzschlag und Sonnenstich unterschieden wissen. Dieser entsteht, wenn Kopf und Nacken kürzere oder längere Zeit hindurch den directen Strahlen der Sonne oder einer anderen Wärmequelle ausgesetzt waren, jener zeigt sich auch bei bedecktem Himmel und in geschlossenen Räumen, sogar des Nachts, wie in Indien beobachtet worden ist, wenn die Hitze längere Zeit gedauert hatte. Es kommen beim Hitzschlag vornehmlich gewisse prädisponirende Momente in Betracht. Dahin gehört z. B. stark mit Wasserdampf gesättigte und mit

Staub gefüllte Luft bei Märschen, in Verbindung mit der Respirationsbehinderung durch das Gepäck, ungesunder Arbeitsraum in Fabriken, geschwächte Constitution, Unmässigkeit jeder Art, vor allem abusus spirit. Unter Umständen können die Schädlichkeiten, die den Hitzschlag und den Sonnenstich erzeugen natürlich auch zusammenwirken. In Bezug auf die Symptome gleichen sich diese Affectionen im Grossen und Ganzen. Am auffallendsten ist eine oft enorm hohe Temperatur; die Psychosen durch Hitzschlag können somit denjenigen bei akuten fieberhaften Krankheiten an die Seite gestellt werden. Die Einreihung in die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen, die man sonst für die ganze genannte Gruppe angenommen hat, kommt mehr dem Hitzschlag zu, bei dem die Sonnenstrahlen etc. das Centralnervensystem direct schädigen oder anatomische Veränderungen, wie intensive Entzündungen, Blutextravasate, Trübungen der Häute, sogar Sklerose der Abscesse daselbst zur Folge haben. Wie bei den Kopfverletzungen kann hier die Geistesstörung entweder direct durch den Reiz oder indirect durch die Entzündungen etc. entstehen.

Für die erst neuerdings gewürdigten Geistesstörungen, die sich im Gegensatz zu den eben besprochenen erst entwickeln nachdem sich die Pat. lange Zeit hindurch, mitunter Jahre lang, schon Hitzegraden und namentlich strahlender Wärme ausgesetzt hatten, bringt Verf. sehr interessante Beläge in Form von 15 Krankengeschichten. Die in den letzten 10 Jahren zu Eberswalde beobachteten Patienten stammten mit einer einzigen Ausnahme aus den Gewehrfabriken und Artilleriewerkstätten zu Spandau, und hatten sämmtlich anhaltend bei grosser Hitze zu arbeiten gehabt. Was die einzelnen Erkrankungsfälle betrifft, so war in 5 Fällen Erblichkeit nachzuweisen. Ein Kranker war starker Trinker, die übrigen sollen alle einen geregelten Lebenswandel geführt haben. In 5 Fällen hatten die Kranken früher schwere Krankheiten durchgemacht. Syphilis konnte mit Sicherheit in keinem Falle nachgewiesen werden. In einem Falle bestand ein Herzfehler. Besondere Charactereigenthümlichkeiten werden einigemal erwähnt. Ueber den früheren Ernährungszustand und die Constitution lässt sich nichts bestimmtes sagen, da manche Kranke bei der Aufnahme in Folge der Krankheit schon bedeutend heruntergekommen waren, doch scheinen die meisten kräftige und gesunde Leute gewesen zu sein. In allen Fällen begann die Krankheit allmählig. Fast immer wurden die Kranken zuerst unruhig, klagten über Kopfweh und öfter ging ein Stadium tieferer Depression, ja einigemal ein ausgeprägtes melancholisches Stadium mit Selbstmordtrieb dem Ausbruch der eigentlichen Geisteskrankheit voraus. In 10 Fällen entwickelte sich die Krankheit zu dem ausgesprochenen Bilde der progressiven Paralyse.

Von den übrigen 5 Fällen waren 2 Melancholiker (der eine indess mit einer verdächtigen Sprachstörung) und 3 Verrückte. Von den Erkrankten starben 9, 4 wurden entlassen, darunter 1 geheilt (Melancholie), 2 (Verrücktheit) befinden sich noch in der Anstalt.

Die Section ergab die für Paralyse characteristischen Veränderungen.

Kron (Berlin).

---

595) **Theodor Dörr:** Ueber die eigenartige Form der paralytischen Geistesstörung bei Alkoholikern. (Pseudoparalysis e potu. (Inaug. Dissertation. Bonn 1883.)

Nasse hat bereits vor einer Reihe von Jahren der auf dem Boden von Alkoholexcessen sich entwickelnden Paralyse eine besondere Beachtung geschenkt und dieselbe als eine eigenartige Form von der gewöhnlichen allgemeinen progressiven Paralyse zu scheiden gesucht. Er hat ihr vor Allem einen günstigeren Verlauf zugeschrieben und für sie die Benennung Pseudoparalysis e potu in Vorschlag gebracht. Da die Eigenartigkeit dieser Geistesstörung bisher noch nicht gewürdigt worden und dieselbe von manchen Autoren (Weiss, Voisin) mit einfachem chronischen Alkoholismus confundirt worden ist, hat Verf. es von Neuem unternommen, das Krankheitsbild der alkoholischen Paralyse zu schildern. Sein Beobachtungsmaterial ist ein verhältnissmässig recht kleines. Es bezieht sich auf 11 Fälle, von denen 6 der rheinischen Provinzial-Irrenanstalt Bonn angehören und die übrigen 5 der Literatur entnommen sind. — Der von Moreaux ausgesprochenen Ansicht, dass die Säuferparalyse immer plötzlich mit stürmischen Erscheinungen beginne, kann Verf. nicht beistimmen. Nach ihm zeigen beide Formen ein ähnliches Prodromalstadium und werden die ersten Symptome einfach übersehen und verkannt. Auch in den motorischen Störungen ist kein nennenswerther Unterschied zu constatiren. Von vasomotorischer Seite ist der Kopfschmerz in der Alkoholparalyse häufig von Beginn an von solcher Intensität, dass es für die Diagnose dieser Form verwerthet werden kann. Dass die apoplectischen und epileptiformen Anfälle in derselben, wie v. Krafft-Ebing und Schüle angeben, häufiger seien als in der typischen Form, konnte D. nicht bestätigen. — Wenn bei einem paralytischen Irren im Beginne schon Sensibilitätsstörungen vorhanden sind, so kann man dieselben auf ihre alkoholische Natur zurückführen.

Mehr Anhaltspunkte für eine Unterscheidung bieten die psychischen Symptome. In erster Linie ist hier das Verhalten des Grössenwahns bezeichnend. In der Paralyse der Alkoholiker ist häufig keine Spur von Grössenideen vorhanden oder es sind bloss Rudera von Grössenwahn zu constatiren. Der Wahn ist „nicht so zügellos und extravagant, nicht so märchenhaft, mehr an die früheren Lebensverhältnisse anknüpfend und stabiler als in der gewöhnlichen Paralyse.“ —

Hallucinationen und Illusionen und zwar solche des Gesichts von schreckhafter und peinlicher Art geben dieser Form ebenfalls ein besonderes alkoholisches Gepräge. — Während für die classische Paralyse das stets Progressive, die Zunahme aller Erscheinungen von Anfang an characteristisch ist, geht der paralytischen Geistesstörung der Trinker der stets fortschreitende Typus der Symptome ab, der Zerfall der geistigen Kräfte geht weniger rasch und vollständig vor sich. Die Remissionen sind bei den Alkoholikern freier, vollständiger und häufiger als bei den Kranken der typischen Form. Aus den Krankengeschichten folgt, dass die Pseudoparalysis e potu in verschiedener Weise endigen kann: Genesung, relative Besserung und Tod.

Der gewöhnliche Ausgang ist, wie schon Nasse hervorgehoben hat, relative Genesung mit psychischer Schwäche.

Rabow (Berlin).

---

496) **A. Tamburini** und **G. Sepilli:** Studio di psicopatologia criminale sopra un caso di imbecillità morale con idee fisse impulsive. (Riv. sperim. di freniatria VIII. B.)

Ein 16jähriger junger Mann hatte seinen jüngeren Bruder erschlagen, seinen Vater mit Arsen vergiftet und seine Mutter auf gleiche Weise aus dem Leben zu schaffen getrachtet. Aus der sehr ausführlichen (91 Seiten) Darstellung des Falles können nur einzelne besonders wichtige Punkte hervorgehoben werden.

Von väterlicher Seite ist starke erbliche Belastung vorhanden, es besteht Assymetrie des knöchernen Gesichtsgerüstes und vollständige Analgesie über der ganzen Körperoberfläche (es können bei sonst ganz intacter Hautempfindlichkeit für tactile, thermische und elektrische Reize Nadeln mehrere Centimeter tief eingestochen, die stärksten faradischen Ströme oder Hitzegrade applicirt werden, ohne jedwelche Spur von Schmerzäusserung). In seinem psychischen Verhalten macht sich eine beträchtliche Abschwächung auf moralischem und affectivem Gebiete bemerkbar. Ferner bestehen Zwangsvorstellungen, welche alle einen impulsiven Character und auf die Ermordung seiner Angehörigen bezüglichen Inhalt aufweisen. In dieser Beziehung ist ein Schriftstück von Interesse, welches in photographischer Wiedergabe sammt dem Bilde des Kranken dem Separatabdrucke beigegeben ist. Einzelne Stellen aus diesen in seiner Rocktasche vorgefundenen Aufzeichnungen lauten wie folgt: „Welches ist das Schicksal meiner Mutter, und in welcher Weise wird sie sterben? Wenn es mir gelingt sie mit Arsen umzubringen — wenn nicht, wann und in welcher Art? — Welches ist mein Geschick? Welches war das Geschick des Heinrich (d. i. der von ihm erschlagene Bruder)? Woran musste er sterben? Habe ich Schuld an seinem Tode? Warum musste er in dieser Weise sterben? Wesshalb musste er durch mich sterben u. s. w.

Selbstverständlich lautete das Gutachten dahin, dass A. d. als unzurechnungsfähig anzusehen sei, worauf auch das Gericht einging.

Obersteiner (Wien).

---

597) **T. J. Wright** (Bellefontaine): The Inability to discriminate between Right and Wrong disguised by Automatism. (Die Unfähigkeit zwischen Recht und Unrecht zu unterscheiden, durch automatische Vorgänge verdeckt.) (The Medical Record 14. Juli 1883.)

Verf. sucht zu beweisen, dass aus der Planmässigkeit und Hartnäckigkeit, mit der ein Verbrechen vorbereitet und ins Werk gesetzt wurde, nicht nothwendig auf die geistige Gesundheit des Verbrechers zu schliessen sei. Derselbe könne sehr wohl eine abstracte Idee von Recht und Unrecht haben, ohne sich dessen bewusst zu sein (Automatismus, Gewohnheit u. s. w.); die Folge davon könne die Unfähigkeit sein,

zwischen Recht und Unrecht zu unterscheiden. Zur Illustrirung dieses Satzes führt er den Alcoholismus an, bei welchem durch Hypertrophie des interstitiellen Bindegewebes, wie in den verschiedensten Organen, so auch im Gehirne, in Folge nachfolgender Schrumpfung Blutgefässe und Nerven geschädigt würden. Dabei litten auch die „associirenden Fasern" in ihrer Structur sowohl, als in ihrer Function; die Folge sei Schwächung des Bewusstseins der eigenen Persönlichkeit und Verlust des Verantwortlichkeitsgefühls; damit aber gehe das Vermögen zwischen Recht und Unrecht zu unterscheiden verloren. Ein solcher Kranker (z. B. der durch Alcoholmissbrauch an dementia paralytica leidende) könne, obgleich ihm die Idee des Rechts und Unrechts habituell oder automatisch innewohne, das bewusste Ich nicht in Zusammenhang bringen mit den moralischen Grundsätzen des Rechtes und Unrechtes. Wenn der geisteskranke Verbrecher sein Verbrechen oft mit grosser Ueberlegung u. s. w. ausführe, so erkläre sich dies auch daraus, dass gewisse Prozesse im Gehirn automatisch vor sich gehen.

Voigt (Oeynhausen).

III. Vereinsberichte.

I. Psychiatrischer Verein zu St. Petersburg.

Sitzung vom 8. October 1883. (Originalbericht.)

598) **Rosenbach**: *Zur Frage über die Pathogenese der Epilepsie.*

Zu allererst betont Verfasser die Bedeutung typischer Geistesstörungen und characteristischer psychischer Symptome im klinischen Bilde der genuinen Epilepsie, in welchem die convulsiven Anfälle nur eine der verschiedenen aequivalenten Ausdrucksweisen der Krankheit darbieten. Schon dieser Umstand allein macht eine pathogenetische Beziehung der Epilepsie zu den Grosshirnhemisphären wahrscheinlich. Die Hypothesen, welche für die Localisation der Epilepsie die Medulla oblongata resp. Varolsbrücke in Anspruch nehmen, beruhen ausschliesslich auf dem Umstande, dass es gelingt unter verschiedenen pathologischen Bedingungen an Thieren auch nach Entfernung der Grosshirnhemisphären epileptoide Anfälle hervorzurufen (Kussmaul u. Tenner, Nothnagel, Magnan u. A.). Doch enthalten derartige Versuche durchaus keinen Beweis dagegen, dass beim Menschen der Ausgangspunkt epileptischer Krampfanfälle in die Hirnrinde zu verlegen sei.

Die in der Literatur vorhandenen Angaben über Bedeutung der Hirnrinde für das Zustandekommen epileptischer Krampfanfälle (Luciani, Albertoni, Franck et Pitres, Unverricht u. A.) haben bisher zu keinen übereinstimmenden Resultaten geführt. Verf. stellt auf Grund eigener Versuche mit Reizung und Zerstörung der Hirnrinde an Hunden folgende Behauptungen auf:

Sehr beschränkte Zerstörung der psychomotorischen Rindenregion während eines durch electrische Reizung derselben hervorgerufenen epileptischen Anfalls modificirt denselben durchaus nicht; doch bewirken ausgedehnte Zerstörungen Abnahme resp. Ausfall der Convulsionen

in den entsprechenden Muskelgruppen. Schwache Reizung der blossgelegten Marksubstanz der motorischen Region des Gehirns hat Bewegung des entsprechenden Gliedes zur Folge; bei stärkerer Reizung treten an demselben klonische oder tetanische Convulsionen auf, die jedoch bei Entfernung der Electroden sogleich cessiren. Intensive und langandauernde Reizung der weissen Substanz ruft einen epileptischen Anfall hervor, wenn die Zerstörung der Hirnrinde unbedeutend war (nach Verfassers Meinung ein Rindencentrum nicht in voller Ausdehnung betroffen hatte); hingegen lässt sich nach ausgedehnter Zerstörung der grauen Substanz, vorzüglich nach Zerstörung der ganzen psychomotorischen Region einer Hemisphäre, durch Reizung der blossgelegten weissen Substanz kein epileptischer Anfall erzielen. Bei Unversehrtheit der psychomotorischen Centren bewirkt intensive Reizung einer beliebigen Rindenstelle (Occipital-, Temporallappen etc.) einen epileptischen Anfall, wobei jedoch die Convulsionen am ganzen Körper gleichzeitig auftreten und keine gesetzmässige Aufeinanderfolge ihrer Verbreitung erkennen lassen; nach Zerstörung der psychomotorischen Centren hat Reizung der Occipetalrinde keinen epileptischen Anfall zur Folge. Ebensowenig wird Reizung der blossgelegten Marksubstanz im Occipitallappen von Bewegungserscheinungen begleitet.

Ferner hat Verfasser eine Versuchsreihe über die Beeinflussung des Gehirns durch Bromkalium angestellt, dessen vorzügliche antiepileptische Wirkung durch die Erfahrung mehrerer Decennien überall anerkannt ist. Es erwies sich, dass bei genügender Intoxication durch genanntes Präparat (0,6—0,7 Gramm pro Kilo Körpergewicht eines Hundes) die Erregbarkeit der Hirnrinde durch electrische Ströme bedeutend herabgesetzt oder vollständig aufgehoben wird, während bei Reizung der blossgelegten weissen Substanz entsprechende Bewegungen resp. Convulsionen ungefähr bei derselben Stromstärke hervorgerufen werden, wie an nicht vergifteten Thieren.

In Berücksichtigung aller dieser Thatsachen — der klinischen sowohl als der auf experimentellem Wege festgestellten — schliesst Verfasser, dass der Ausgangspunkt der Epilepsie in die Rinde der Grosshirnhemisphäre zu verlegen sei und dass zwischen der sogen. corticalen und genuinen Epilepsie in pathogenetischer Hinsicht kein wesentlicher Unterschied bestehe, um so mehr, da die durch Reizung der Hirnrinde an Hunden hervorgebrachten, also „corticalen“ epileptischen Anfälle auch von psychischen Erscheinungen begleitet werden.

599) **W. M. Bechterew** hielt einen Vortrag *über den Einfluss der Grosshirnhemisphäre auf die Sphären des Gesichtes und des Gehörs* und demonstrirte einige Versuchsthiere.

Die Versuche mit der Abtragung der Grosshirnhemisphären wurden von dem Vortragenden bereits im Winter 1882—83 an Thieren ausgeführt und gaben an Tauben und Hühnern folgende Resultate. Nach vollständiger Entfernung der Hemisphären erscheinen die operirten Thiere blind und taub, sie fliehen nicht, wenn die Hand des Experimentirenden sie ergreifen will oder ein angezündetes Streichhölzchen ihrem Schnabel nähert, sind aber noch im Stande, wenn sie

in die Höhe geworfen werden, beim Fliegen ihnen vorkommende Hindernisse zu umgehen und sich zuweilen auf den Rand eines Tisches zu setzen, so dass es den Anschein hat, als ob sie sich in ihren Bewegungen von optischen Impulsen leiten liessen; die operirten Thiere schrecken auch nicht zusammen, wenn sie von einem starken Lärm betroffen werden, doch kommt es zuweilen vor, dass sie unter dem Einflusse eines starken, plötzlichen Lärms zittern oder die Augen aufschlagen.

Redner meint, auf die bekannten pathologischen Daten, dass Verletzungen gewisser Theile der Gehirnoberfläche von wirklicher Blindheit oder Taubheit begleitet werden und auf seine Versuche von Zerstörung der Occipitallappen bei Hunden sich stützend, dass bei niederen Thieren, wie bei Vögeln gleichzeitig mit der Entfernung der Grosshirnhemisphären auch die Gesichts- und Gehörsempfindungen vollkommen vernichtet werden. Die geringfügige Reaction solcher Thiere auf optische und acustische Reize kommt nach Redners Ansicht auf reflectorischem Wege zu Stande, wobei er auf den Umstand aufmerksam macht, dass die Reflexthätigkeit in den Functionen des Nervensystems eine um so grössere Rolle spielt, je tiefer der Typus des betreffenden Thieres steht; dieses sieht man an Fröschen, welche nach Entfernung der Grosshirnhemisphären einer drohenden Gefahr nicht ausweichen, obwohl sie sich von optischen Impulsen, welche reflectorisch auf motorische Fasern übertragen werden, leiten lassen.

B. meint aber, dass solche Versuche nur einen beschränkten Werth für die Localisation der Gesichts- und Gehörsempfindungen in den Grosshirnhemisphären besitzen, weil bei ihnen der Wille und der Intellect vernichtet worden, und dass sie nur auf vollkommene Abwesenheit irgend welcher optischen und acustischen Empfindungen schliessen lassen. Eine grössere Bedeutung hätte die Entfernung nur einer Hemisphäre, da nach einer solchen Operation die Vögel einen grossen Theil von Willen und Intellect bewahren und nur contralateral Gesicht und Gehör einbüssen; dabei werden sämmtliche Abschnitte der entsprechenden Netzhaut ausser Thätigkeit gesetzt, während die andere Retina normal bleibt.

Redner zieht aus seinen Versuchen den Schluss, dass bei Vögeln und andern Thieren die Centren für Sehen und Hören auf der Hemisphärenoberfläche sich befinden und dass Opticus- und Acusticusfasern vor ihrem Eintritte in die Hirnrinde sich vollkommen kreuzen. Er bekräftigt auch die Ansicht mehrerer Physiologen, dass die Sehcentren bei Vögeln sich in den Occipitallappen finden.

Hinze (St. Petersburg).

II. Verhandlungen der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur.

(Sitzung vom 1. Juni 1883.)

600) **Julius Wolff** (Breslau): *Ueber doppelseitig fortschreitende Gesichtsatrophie.*

(Fortsetzung.)

Clara Pludra, ein mässig genährtes brünnettes Individuum mit

dunkelbraunem Hauptthaar, ist sehr intelligent, von lebhaftem, heiteren Temperament, im Umgange mit ihren Freundinnen, abgesehen von einem etwas reizbaren Wesen, angenehm. Ihr Körpergewicht betrug bei der Aufnahme 102 Pfund, ist gegenwärtig, nach unbedeutender Steigerung auf 100 herabgegangen. Ihre Körperlänge misst 151½ cm. Die Temperatur ist Abends zeitweilig erhöht, bis 39.6 als höchstes; in der linken Achselhöle zeigt der Thermometer gewöhnlich einige (2—3) Zehntel mehr, als in der rechten, im linken Gehörgange bald einen Grad mehr, bald einige Zehntel weniger, als im rechten. Die physikalische Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane ergibt keinerlei Besonderheiten, durch welche sich etwa das remittirende Fieber erklären liesse. Die stets belegte, mitunter sehr heissere Sprache der Pl. weisst uns auf die Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Kehlkopfspiegel hin und wir finden eine Infiltration der falschen Stimmbänder, welche sich über die wahren, ebenfalls geschwellten grauröthlichen Stimmbänder derart lagern, dass letztere verschmälert erscheinen, ebenso wie die Morgagni'sche Tasche. In der pars ligamentosa des rechten Stimmbandes, seit Kurzem auch des linken, ist eine Ulceration sichtbar, welche, wie auch Privatdocent Dr. Gottstein meint, tuberculoser Natur ist. Möglich, dass das Fieber auf beginnende Lungentuberculose, welche zunächst noch nicht manifest zu beziehen ist, indessen sind ja Temperatursteigerungen bei derartigen Leiden beobachtet, ohne dass Organerkrankungen denselben zu Grunde lagen.

Der Urin ist frei von Eiweiss und Zucker. Unser Augenmerk richtet sich vor Allem auf das Gesicht. Die rechte Gesichtshälfte ist stark eingesunken, in derselben eine Anzahl von Gruben, Furchen und Pigmentirungen sichtbar, beträchtliche Störungen des Haarwuchses finden sich rechterseits, dieselben Veränderungen in kleinem Massstab auch anf der linken Gesichtshälfte. Der panniculus adiposus ist rechts überall geschwunden, daher z. B. die tiefe Grube in der regio paroditea, in der regio buccinatoria. Die Haut ist trocken, überall straff über dem Knochen gespannt, auch dieser dem Schwund verfallen. So beträgt die Entfernung der

protuberant. mental. bis zum angul. maxill.	r. 9,4,	l. 11,4 cm.
„ „ „ zur vord. Wand d. meat. auditor. externus	r. 11,0,	l. 12,5 „
Nasenwurzel bis zur vord. Gehörgangswand	r. 12,5	l. 13,0 „
„ „ protub. ext. (horiz. Ebene)	r. 25,0,	l. 27,0 „
des unteren Randes des Unterkiefermittelstücks bis Haarwuchsanfang	r. 15,5,	l. 16,0 „
desselben unt. Punktes hart am Nasenflügel vorbei bis zum tub. occibit.	r. 37,5,	l. 29,0 „
desselben bis zum oberen Augenhöhlenrand	r. 11,0,	l. 11,0 „

Die Gleichheit der letzteren Distanzen hängt wohl damit zusammen; dass rechts auch der obere Augenhöhlenrand, in Folge verticaler Atrophie des Stirnbeins, nach oben verschoben ist.

Der schräge Durchmesser der rechten Ohrmuschel übrigens beträgt 5,2, der linken 5,5 cm. Auch die Zähne und Alveolarfortsätze des

Unter- und Oberkiefers zeigen beiderseits geringe Differenzen zu Gunsten der linken etwas voluminöseren. Sehr hochgradig ist die Atrophie der rechten Zungenhälfte und die Verschmälerung des rechten harten und weichen Gaumens, sowie der Uvula, welche beständig nach rechts deviirt ist.

Weiter ist sehr bemerkenswerth der Schwund der Haupthaare. Rechterseits, und diese Verhältnisse illustriren die Photographien, welche Vortragender herumgehen lässt, recht gut, eine etws fingerbreite von aussen vorn, nach hinten innen, über den Scheitel nach dem occiput laufende Furche, welche s-förmig geschwungen, ihre Convexität auf der Höhe des Scheitels nach innen wendet. In dieser ist das Haar wie abrasirt, sonst auf dem Scheitel und dem oberen Theil des Hinterhaupts rechts sehr spärlich und dünn. Die Furche, welche übrigens im Beginne ihres Verlaufs auf dem behaarten Kopf braun pigmentirt, sonst hellgelb ist, setzt sich nach unten vorn in eine intensiv braune, stellenweise von weissen Flecken unterbrochene Fläche fort, welche gleichfalls vertieft ist und eine annähernd halbmondförmige Figur bildet, die convexe Begrenzung nach innen, die concave nach aussen. Ihre grösste Breite beträgt 2 cm., der schräge Durchmesser 5 cm. 2,8 cm. nach innen von dieser Zone, also ebenfalls auf der Stirn, einen Finger breit von der Mittellinie, verläuft schräg von oben aussen nach unten innen eine ebenfalls annähernd sichelförmige, braun pigmentirte, der vorigen ähnlich gelagerte Zone, deren breitester Durchmesser (in der halben Höhe) 7 mm. misst. In der Schläfengegend gewahrt man eine weniger ausgesprochene, aber immerhin deutliche Pigmentirung, gleichfalls mit eingestreuten weisslichen Flecken. Pigmentirt sind ebenfalls das obere und untere Augenlid, eine annähernd keilförmige Partie auf dem os zygomaticum; in geringer Weise auch eine Zone ober- und unterhalb des rechten Mundwinkels.

Auch in der linken seitlichen Stirngegend bemerkt man, genau jener breiteren rechtsseitigen Pigmentirung entsprechend, eine oberflächliche deutlich pigmentirte Abflachung; sie setzt sich nach dem behaarten Kopfe zu als pigmentirte Furche fort, in deren Bereich, wie auf einer Photographie veranschaulicht, die Haare ebenfalls gelichtet sind. Diese drei pigmentirten Furchen convergiren radienförmig und verleihen dem Gesicht schon an sich einen charakteristischen Ausdruck.

Das obere und untere linke Augenlid, desgleichen die obere Augenhöhlenfläche pigmentirt wie rechts. Augenbrauen und Cilien rechterseits aussen fehlend, links ein wenig gelichtet. Ueber die rechte Gesichtshälfte ziehen deutliche Venennetze, welche links vermisst werden. Dieses Verhalten ist von Interesse, weil eine derartige Gefässentwickelung der Annahme zu Grunde gelegt worden ist, die fortschreitende Gesichtsatrophie sei eine vasomotorische Neurose. Vortr. müsste aber für seinen Fall dann durchaus postuliren, dass sich auf der linken Seite eine gleiche oder ähnliche Zeichnung finde, und dies trifft nicht zu. Viel plausibler ist es jedenfalls, den vollendeten Gesichtsschwund als Ursache einer venösen Stauung anzusehen, indem

das venöse Blut durch Compression der Venen von Seiten der sie umgebenden stark retrahirten Gewebe (Bindegewebe, Muskeln), sowie durch Verengerung der Knochencanäle im Rückfluss behindert ist.

Bei psychischen Emotionen sah man im Anfange der Beobachtung die linke Gesichtshälfte diffus, die rechte in bandartigen Streifen erröthen, jetzt treten auch auf der linken Gesichtshälfte derartige Streifen hervor, welche allerdings nach einiger Zeit einer diffusen Röthe Platz machen. Trousseau'sche Flecke sind gar nicht selten beiderseits sichtbar.

Die *Sensibilität* ist auf der rechten Gesichtshälfte für alle Qualitäten, mit Ausnahme des Raumsinnes, welcher herabgesetet ist, gesteigert; besonders deutlich die galvano- und faradocutane Sensibilität. Bei aufsteigendem Strom (Anode auf die zu prüfende Stelle. Kathode auf den Nacken) wurde z. B. einmal (8./5.) rechts ein Elem. (Stoehrer) als Stich empfunden, links noch nicht; etwas später r. 3, l. noch nicht; am 9./5. r. 4, l. erst 6 El. (dabei hier neben Stechen die Empfindung von Bleigeschmack im Munde). Am 27./5. r. 4 El. als Stich, l. 4 als Bleigeschmack, 5 als Stich. Am 28/5. r. 3, l. 5.

Auf der *Zunge* wurden am 8./5. r. 3 El. als Brennen und Bleigeschmack empfunden, *links gar nichts;* am 9./5. r. 1, l. 2 El. erst; am 28./5. r. 2, l. 3 Brennen, bei 2 Geschmack von Blei.

Die Werthe schwanken also zu verschiedenen Zeiten.

Die *Motilität* ist beiderseits in sämmtlichen Muskeln ungestört. Die faradomuskuläre Contractilität, directe wie indircte, war zeitweilig beiderseits normal und gleich, mitunter rechts gegenüber links ein wenig gesteigert. So zuckten einmal rechts die vom N. facial. innervirten Muskeln bei Reizung des Stammes und Verschiebung der secundären Spirale in die primäre um 2 cm., links erst bei 3 cm. Die indirecte galavnomuskuläre Contractilität erschien rechts etwas herabgesetzt, indem links bei 13 El. im ersten Ast des N. facial. Zuckungen erzielt werden konnten, rechts uoch nicht bei 14 El. Vom Muskel aus wurde in demselben Gebiet bei einer Stärke von 15 El. noch keine Zuckung ausgelöst, eine höhere Stromstärke wurde rechts nicht ertragen.

Der *galvanische Leitungswiderstand* ist in der rechten Gesichtshälfte erhöht, ein Befund, wie er auch von Berger erhoben und wohl mit Recht auf die Persistenz bez. Vermehrung der elastischen Fasern bezogen worden ist. Während der Anfälle von Neuralgie und Kaumuskelkrampf war der Widerstand beiderseits verringert, rechts in höherem Maasse, so dass beiderseits gleiche Werthe erhalten wurden. Es scheint daher, als ob auch die moleculäre Beschaffenheit der Nervenprimitivfibrillen resp. die Veränderung derselben während der Neuralgie eine Rolle spielte.

Die Messung der Arme in horizontaler Lage und in Pronation von der unteren Begrenzung des Acromioclaviculargelenks bis zur Spitze des Mittelfingers ergiebt rechts $65^3/_4$, links 65 cm., einen Unterschied also von $^3/_4$ cm. zu Gunsten des rechten Arms. 50 cm. von der Spitze des Mittelfingers (bei derselben Lage des Arms) misst der rechte Oberarm im Umfang 23, der linke $22^1/_2$ cm. In 10 cm. von demselben Punkte misst der Vorderarm beiderseits 20 cm.

Die *Kraft des rechten Arms* ist deutlich etwas abgeschwächt gegenüber der des linken. Die directe und indirecte galvanomuskuläre Contractilität ist beiderseits an oberen und unteren Extremitäten normal und gleich. Dagegen ist die directe und indirecte faradomuskuläre stellenweise gesteigert.

Die *galvanocutane Sensibilität* der Extremitäten und des Rumpfes ist rechts fast überall gesteigert. Für den faradischen Strom ist die Sensibilität nicht gesteigert am Vorderarm und den unteren Extremitäten, wohl aber an den übrigen Stellen rechterseits. (Diesbezügliche Zahlen an anderer Stelle.)

Von *Reflexen* sind die Bauchreflexe beiderseits deutlich, aber nicht erhöht, ebenso die Patellarreflexe. Der cutane Fussreflex fehlt beiderseits, rechts findet sich Fussclonus, links nicht, Achillessehnenreflexe werden beiderseits vermisst.

Von den *Sinnesorganen* bietet nur das Auge Abnormitäten. Geruch und Geschmack sind beiderseits gleich und normal. Um von den äusseren Verhältnissen des Auges zu beginnen, so sei die Conjunctiva palpebrarum et bulbi beiderseits von stark injicirten korkzieherartigen Gefässen durchzogen. Nach aussen vom äusseren Cornealrand befindet sich rechts eine 6—7 mm. breite Pinguecula, nach innen vom innern Cornealrande ist eine Pinguecula nur angedeutet, am linken Auge fehlt dieselbe. Irides von brauner Farbe, der Circulus major rechts heller als links. S. beiderseits = 1, Refraction eine beiderseits gleiche geringe Hypermetropie. Bei der Untersuchung mit dem Augenspiegel sieht man im rechten Auge aussen unten (U. B.) eine grössere Vene am Papillenrande abknicken. Im aufrechten Bilde kann man jedoch verfolgen, wie diese Vene in einem tieferen Niveau, als dem Papillenrande entspricht, in eine andere Vene mit schrägem Verlauf einbiegt. Wir können hier nur wohl von einer physiologischen Excavation sprechen. Licht und Farbensinn sind beiderseits normal und gleich. Die Unterchung der Augen mit dem Perimeter, welche W. gemeinschaftlich mit Herrn Collegen Landmann, Assistent der Königl. Augenklinik hierselbst, angestellt hat, lehrt, dass 1) eine concentrische Einengung des Gesichtsfeldes beiderseits besteht, 2) eine Erweiterung desselben für centripetale, eine Verengerung für centrifugale Objecte. (W. demonstrirt die Zeichnung des Angenhintergrudes sowie der Gesichtsfelder welch letztere Herr Dr. Landmann anzufertigen die Güte hatte.) Dieses Leiden wird bekanntermassen Anaesthesia retinae genannt. Es findet sich bei jungen Personen, namentlich Mädchen, kurz vor der Pubertätszeit, vom 12. frei 15. Jahre, auf beiden Augen. Bei jungen Männern wird es zwar auch beobachtet, aber seltener, nie nach dem 20. Jahre (Förster). Bei Frauen nach dem 25. Jahre beruht es immer auf Hysterie. Nicht selten findet es sich in Begleitung von Neuralgien, bisweilen bei Lähmung einzelner motorischer Nerven, bei Anästhesie oder Hyperästhesie, bei Reflexreizungen etc. Vortr. ist geneigt, die Anaesthesia retinae in diesem Falle als eine reflectorische, von einer Neuritis des N. trigeminus bedingte aufzufassen; mit einem hysterischen Individuum habe man es nicht zu thun.

Therapeutisch sei bemerkenswerth, dass gegen die Neuralgien und Zuckungen im Gebiet der Kaumuskeln der constante Strom vortrefflich wirkt, dass schon bei Anwendung von 5 Elementen (Anode auf Gesicht, Kathode auf den Nacken) der Schmerz und Krampf erst für kurze, schliesslich für längere Zeit nachlässt, sodann ganz aufhört. Früher wurden Chloral bis zu 3 g. Chinin und andere Mittel (z. B. Bromäthyl, Paraldehyd) ohne Erfolg gegeben. Nächst dem constanten Strom ist die feuchte Wärme, wenn auch bei weitem nicht in dem Grade, wirksam.

Das Uebergreifen der Atrophie von der rechten Seite auf die linke hat sich in diesem Falle so vollzogen, dass, im Gebiet des ersten Astes des N. Trigemiuus (N. supratrochlearis, N. supraorbitalis) links Pigmentirungen, Furchenbildung, Haarschwund sich entwickelten. Doch scheint, ob gleichzeitig, vor oder nach diesen Vorgängen, sei für diesen Fall kaum zu unterscheiden, auf der ganzen linken Gesichtshälfte ein geringer Schwund nebenhergegangen zu sein. Die klinische Beobachtung macht letzteres wahrscheinlich, freilich ist hier der subjectiven Schätzung grosser Spielraum gegeben, sehr ins Gewicht fallen aber die diesbezüglichen durchaus nüchternen Angaben der intelligenten Kranken. Die oben notirten Distanzen (Knochenmaasse) freilich haben sich nach 4 monatlicher Beobachtung nicht geändert, doch kommt ja zuvörderst der Schwund des Bindegebes, der Panniculus adiposus, dann erst der des Knochens in Betracht. Vortr. hofft noch des Weiteren über den Verlauf dieser Krankheit berichten zu können, welche, zweifellos im Fortschreiten begriffen sei, wie schon aus dem Uebergreifen der Neuralgie auf das linke Jochbein ersichtlich.

Bezüglich der Aetiologie und Pathogenese führt W. aus: Als 6 jähriges Mädchen habe die Kranke Scharlach, im Anschluss daran eine heftige Halsentzündung (Diphtherie) überstanden und von dieser Zeit an Schmerzen beim Schlingen, Stechen im rechten Ohr, Kurzathmigkeit und Schmerzen in der rechten Stirn und Schläfe nicht verloren. Von diesen Symptomen steigerten sich, ohne eine der Patientin bewusste Veranlassung, als Erkältung, besonders die Halsbeschwerden im vorigen Jahre derart, dass, zu einer Zeit, wo die rechtsseitige Atrophie bereits entwickelt war, beide Tonsillen, von welchen die rechte weit voluminöser war als die linke, exstirpirt werden mussten. Es dränge sich die Frage auf, ob hier ein Zusammenhang mit der chronischen Tonsillitis zu statuiren sei. Die chronische Tonsillitis trete häufig auf, dass dieselbe aber je zu einer Gesichtsatrophie geführt hätte sei unbekannt. Seeligmüller habe einen derartigen Zusammenhang vermuthet, ihn aber nicht auf Grund eines einschlägigen Falles wahrscheinlich machen können. Für diesen Fall scheint freilich manches darauf hinzudeuten, dass die chronische zeitweilig exacerbirende Tonsillitis eine gewisse, allerdings nicht die alleinige Rolle beim Zustandekommen des Gesichtsschwundes gespielt habe.

Scharlach, sowie die übrigen acuten Infectionskrankheiten, z. B. Keuchhusten, Masern, prädisponiren, namentlich bei jugendlichem Alter und dem weiblichen Geschlecht, zu Gesichtsatrophie, nur müsse noch

ein Anstoss hinzukommen, der in heftigen Erkältungen, in Traumen gegeben sei: also eine Summe von Faktoren müsse znsammenwirken. In einigen Fällen nun sah man die den Infectionskrankheiten folgende Hemiatrophie einsetzen mit Herpeseruption im Gesicht (Schuchardt), und da lag wohl eine durch die Infectionskrankheit gesetzte, zu chronisch-trophischen Störungen führende Neuritis zu Grunde. Acute Infectionskrankheiten gehen nämlich gar nicht selten einher mit acuten Neuritiden, welche sich in acuten trophischen Störungen, in Herpeseruptionen, zuweilen auch gleichzeitig in Neuralgien des Gesichts (sowie anderer Körpertheile) äussern. In allen Fällen von Zoster aber welche bisher anatomisch untersucht werden konnten (Bärensprung u. A.) fanden sich in den zum Gebiet desselben gehörigen Nerven bez. deren Ganglien die ausgesprochenen Zeichen der Entzündung: Röthung, Schwellung, eitrische Infiltration, und derartige Entzündungen dürften unter gewissen Bedingungen chronisch werden können. Dass gerade jene chronisch trophischen Störungen, welche das Hauptcharakteristicum der Hemiatrophie bilden, auf chronische Veränderungen (Entzündungen) eines peripheren Nerven (trigeminus, facialis) zurückgeführt werden dürfen, erhellt zur Genüge aus den Ergebnissen der Durchschneidung peripherer Nerven mit folgender Atrophie des Bindegewebes, der Muskeln, Knorpeln, Knochen etc. (Mantegazza u. A.). Von einer Entzündung rein trophischer Nerven zu sprechen sei übrigens vor der Hand nicht angängig, weil eine Betheiligung der Circulation, der Vasomotoren, an der Entstehung trophischer Störungen im Allgemeinen und speciell des Gesichtsschwundes, bei dem heutigen Stande des Wissens, nicht sicher auszuschliessen sei.

Es frage sich, wodurch die in diesem Falle, wahrscheinlich im Anschluss an Scharlach, gesetzte Neuritis des N. Trigeminus (bez. facialis) chronisch geworden sei? 1) Wäre die Kranke ein tuberculös belastetes Individuum, gegenwärtig mit Kehlkopftuberculose behaftet und bei derartigen Individuuen neigen die Entzündungen im Allgemeinen zu chronischem Verlauf; 2) sei wohl in der chronischen zeitweilig exacerbirenden Tonsillitis ein ursächliches Moment gegeben. Dafür spreche schon der Umstand, dass das erste Symptom der Gesichtsatrophie — und als ein solches dürfe gewiss der Schmerz der Stirn und Schläfe aufgefasst werden — gleichzeitig eintrat und bestand mit anderen durch die Tonsillitis gesetzten Beschwerden (Stechen im rechten Ohr, Schmerzen beim Schlingen, Kurzathmigkeit), dafür spreche ferner der auffallend langsame Verlauf der Atrophie, welcher für gewöhnlich nur auf mehrere Jahre, in diesem Falle sich auf etwa 18 Jahre erstreckte, wenn der Stirnschläfenschmerz als erstes Symptom angesehen werde, und offenbar erst durch das Hinzutreten von Unterleibstyphus beschleunigt worden sei, dafür spreche vielleicht auch das Moment, dass gerade auf der Seite, deren Tonsille weit volluminöser gewesen, nämlich der rechten, die Hemiatrophie zuerst entstand, während die linke Seite sonst Lieblingssitz der Hemiatrophie sei. Dass nach Exstirpation der Tonsillen dem Prozess nicht Einhalt geboten worden, dürfe schon darum nicht Wunder nehmen, weil vermuthlich zu der

Zeit eben bereits eine chronische Neuritis etablirt war. Uebrigens dürfte wohl die Annahme einer chronisch infectiösen Neuritis vor den übrigen Möglichkeiten die grössere Wahrscheinlichkeit für sich haben, es wäre gewiss gezwungen, wollte man von einer Neuritis ascendens von den Tonsillen aus oder von einem durch die Tonsillitis bedingten chronischen Reflexreiz auf den N. trigeminus (bez. Facialis) oder von einem continuirlichen Fortschreiten der Entzündung (Seeligmüller) auf den N. sympathicus und dessen Ganglion supremum, bei dem Mangel auf den sympathicus hindeutender Symptome, sprechen. Die Entstehung der linksseitigen Atrophie sei gewiss durch den zweiten Unterleibstyphus befördert; ob hier die Tonsillitis überhaupt einen Einfluss hatte bleibt dahingestellt. Zweifelhaft bleibe auch, ob jederseits der Stamm bez. die Ganglien des N. trigeminus bez. der N. facialis zuerst in entzündlichen Zustand versetzt wurden, später die peripheren Nervenverzweigungen rechterseits auf die der linken Gesichtshälfte statthatte. Es liegt hier das jedenfalls einzig dastehende Beispiel vor, dass eine Anzahl von Infectionskrankheiten, Scharlach mit Angina, Tuberculose, Typhus abdominalis (2 Mal) an der Entstehung und weiteren Gestaltung des Gesichtsschwundes theilgenommen haben.

(Schluss folgt.)

III. 16. Jahresversammlung der American otological society.

Sitzung vom 17. Juli 1883.

601) **Andrews** spricht *über die gewisse Ohrenerkrankungen complicirende resp. ihnen folgenden Gehirnaffectionen.* Er beobachtete 5 solcher Fälle die zu Autopsie führten. Im Leben zeigten diese sämmtlich zugleich entzündliche oder ödematöse Veränderungen der Papillen so dass diese bei Ohrenerkrankungen künftig immer zu untersuchen seien — eine Ansicht die mehrfachen Widerspruch fand, da die betreffenden Beobachter die Papillen immer gesund gefunden haben wollten. A. hebt hervor, dass Hirnabscesse nach Ohrenerkrankungen gewöhnlich in der Marksubstanz, selten in der Rinde sitzen. —

Dr. Read J. Mckay (Wilmington) erzählt ein Fall von acuter desquamativer Entzündung des äussern Gehörganges, acuter Otitis media, Mastoiditis und chronischer Meningitis — Genesung.

Voigt (Oeynhausen).

IV. New-York Academy of Science, Section in practice of medecine.

(Sitzung vom 20. März 1883.)

602) **Gibney** erzählt einen Fall *von Poliomyelitis anterior infant:* bei einem 14monatlichen Kinde wurde 5 Monate nach dem Beginn der Erkrankung (linkes Bein) auch das rechte Bein gelähmt u. s. w. Da auch Entartungsreaction in den Muskeln desselben eintrat, so handelte es sich jedenfalls um eine zweite Auflage der Poliomyelitis (sehr selten!).

Voigt (Oeynhausen).

IV. Verschiedene Mittheilungen.

603) Aus Paris. Auf dem Place Pinel wird demnächst eine Statue des berühmten Irrenarztes aufgerichtet werden. Die Initiative ist von der Société medico-psychologique ausgegangen; Unterstützung haben das Ministerium und die Stadt Paris gewährt. Die Gruppe, aus 2 Figuren bestehend, ist von dem Bildhauer Ludovic Durand componirt: Pinel hält in der rechten Hand ein Stück zerbrochener Kette; zu seinen Füssen liegt eine jugendliche Geisteskranke, die ihren Blick voll Dankbarkeit zu ihrem Retter empor wendet; ihre Arme sind frei, aber sie haben noch die Haltung, als seien sie angekettet. Der Kopf Pinel's mit seiner mächtigen Stirn und dem feinen Munde zeigt den vollendeten Ausdruck grosser Güte und Humanität.

604) Internationaler medicinischer Congress zu Kopenhagen im August 1884. Für die Section für Psychiatrie und Neurologie ist folgendes vorläufige Programm aufgestellt: *Psychiatrie* 1. Statistik des Irrenwesens in den nordischen Ländern. 2. Vorschlag zur Conformirung der jährlichen Anstaltsberichte aller Länder. 3. Colonisation der Irren 4. Ueber den Werth der Beschäftigung als Heilmittel. 5. Erzeugung von Seelenstörung durch den Schul-Unterricht. 6. Die Körpertemperatur in den ersten Stadien der Seelenstörungen. 7. Irresein im Kindesalter. 8. Perverser Geschlechtstrieb. 9. Ueber psychisch-epileptische Aequivalente. 10. Syphilis und allgemeine fortschr. Paralyse. 11. Der anatomische Charakter der Idiotengehirne. 12. Welche Methode der Morphiumentziehung ist die beste. *Neurologie.* 1. Periphere Nervenläsionen als Ursache centraler anatomischer Störungen. 2. Secundäre Degeneration im Gehirn und Rückenmark. 3. Corticale Sprachstörung. 4. Corticale Sehstörung. 5. Rindenepilepsie. 6. Vasomotorische und trophische Neurosen. 7. Affectionen peripherer Organe (bes. der sexualen) als Ursache functioneller Neurosen bes. der Hysterie. 8. Die amyotrophische Lateralsclerose oder amyotrophische progressive Bulbärparalyse mit Bezug auf ihre Anatomie und ihre Indendität eventuell Differenz mit der Aran-Duchenne'schen progressiven Muskelatrophie. 9. Heilung der Tabes dorsalis. 10. Syphilis als Ursache der Tabes dorsalis. 11. Ist die Landry'sche Paralyse eine selbständige Erkrankung oder nur ein Symptom, welches durch verschiedene patholog. Processe producirt werden kann. 12. Die Nervendehnung als therapeutische Methode.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Sorau (Brandenb. Land.-Irren-Anstalt), Assistenzarzt sofort, 2000 M. möbl. Wohnung, Heizung und Beleuchtung. 2) Königslutter (Braunschweig), II. Assistenzarzt, 1200 M. freie Station. 3) Andernach, Assistenzarzt, sofort, 1200 M. fr. Stat. 4) Leubus, Volontairarzt. 5) Pfullingen (Württemberg), Assistenzarzt, Ende d. J. 1200 bis 1800 M. fr. Stat. 6) Halle a. d. Saale (Irrenanstalt), Volontairarzt, sofort, 1200 M., freie Station.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1½ Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. 1. Dezember 1883. Nro. 23.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Richard Neuendorff: Mittheilungen aus der psychiatrischen Praxis. (Schluss.)
II. REFERATE. 605) Danillo: Ueber die Reaction des hintern Abschnitts der Hinnrinde auf elektrische Reizung. 606) Jankvertky: Ueber die Bedeutung der Gefässnerven für die Entstehung der Oedeme. 607) Heuschen: Hemiatrophia progressiva. 608) Pospelav: Ein seltener Fall von Ernährungsstörung der Haut. 609) Ballet: Ueber halbseitige Zungenatrophie bei Tabes dorsalis. 610) Möbius: Ueber die Thomsen'sche Krankheit. 611) Bourneville et Bonnaire: Bericht über die Abtheilungen für Epileptische, für Idioten und für zurückgebliebene Kinder in Bicêtre. 612) Voigt: Die Curmittel Oeynhausen's etc. 613) Levin: Sind Morphiumsüchtige juristisch zurechnungsfähig?
III. VEREINSBERICHTE. 614) Féré: Morphiumsucht und Schwangerschaft. 615) Wolff: Ueber doppelseitig fortschreitende Gesichtsatrophie. 616) Dogjel: Ueber die Innervation des Herzens. 617) Derselbe: Ueber makroskopische Veränderung am Herzen von Thieren, die an verschiedenen Giften zu Grunde gegangen. 618) Derselbe: Ueber die narkotische Wirkung der Aldehyde. 619) Wwedenski: Ueber die Ermüdung der Nerven. 620) Rawa: Versuche über Zusammenheilung verschiedener Nerven. 621) Wwedenski: Ueber die Periodicität in den Muskel- und Nervenapparaten während ihrer Thätigkeit. 622) Rawa: Ueber Nervennaht. 623) Sernow: Ueber Hirnwindungen und Hirnfurchen. 624) Kowalewski: Ueber die Psychiatrie und Psychologie der Gegenwart.
IV. PERSONALIEN.

I. Originalien.

Mittheilungen aus der psychiatrischen Praxis.

Von Dr. med. RICHARD NEUENDORFF,
Arzt an der Landesirrenanstalt zu Bernburg.

(Schluss.*)

Zur Katatonie?

Fall I.

Physikatsgutachten. F., Küster und Lehrer, Vater von 2 Kindern, schwache Körperconstitution, ruhiges, stilles Temperament, besondere Neigungen und Antipathieen nicht vorhanden. Hat die Secunda des Gymnasiums, dann das Seminar besucht, 3 Jahre bei der Cavallerie gedient. — Keine Heredität. Früher nicht krank gewesen. Vor 6 Wo-

*) In der ersten Hälfte dieser Arbeit soll es auf Seite 509, Zeile 13 v. ob. Gefährlichkeit und nicht Gefahrlosigkeit heissen.

chen wurde ihm von seinem Vorgesestzten eine sehr ernstliche Rüge ertheilt, die er sich über Gebühr zu Herzen nahm, noch dazu beruhte diese Rüge auf einem Missverständniss. Seit dieser Zeit glaubt er, dass man ihn absetzen wolle, dass man ihn bei der höheren Behörde verklagt habe. Er setzte sich körperlichen Schädlichkeiten aus, blieb eine ganze Nacht im Walde und zog sich hierdurch ein gastrisches Leiden zu, klagt über Druck im Schädel. In den ersten Nächten nach dieser Attaque, Phantasiren, kein Schlaf. — Schädlichkeiten sind nirgends nachzuweisen, kein Säufer, keine Nahrungssorgen, keine schlechte Wohnung. Vor 15 Jahren febris intermittens. — Der gastrische Zustand verschwand nach 10 bis 12 Tagen, dabei blieben aber die Sinnestäuschungen. Er glaubte jede Person, die er sah, von früher zu kennen, suchte Aehnlichkeiten zwischen den Personen auf. Schlaf stellte sich bald ein, aber zuweilen kamen *Krampfanfälle* mit theilweis aufgehobenem Bewusstsein vor, die mehrere Stunden anhielten, zuweilen war dabei aber vollständiges Bewusstsein vorhanden, die Sprache war frei. In der Hauptsache machte sich bei ihm eine grosse Angst bemerklich, die Furcht abgesetzt zu werden und eine ungemeine Ruhelosigkeit. Er erscheint nicht mehr so intelligent, als früher, ist nicht im Stande längere Zeit ein Gespräch zu führen. Er schweift immer vom Thema ab. 15. Juni 1870.

Krankengeschichte. *Juni.* Ist unsicher, gezwungen in Sprache und Bewegungen. *Juli.* 3. Spricht nicht; angeredet, stopft er den Finger mit Speichel in's Ohr. — 7. Spricht zeitweise, zeitweise thut er, als wenn er nicht höre, zuckt mit den Achseln. *August.* 3. Ist gewöhnlich des Morgens stumm. — 14. Spricht gar nicht mehr. — 22. Wird ohne ein Wort zu sagen gewaltthätig gegen den Wärter. — 23. Sagt weder etwas darüber aus, noch ist er zu vermögen etwas zu schreiben; auch ihn sonst zu exploriren gelingt nicht. *September.* 2. War einige Tage zur Gartenarbeit gegangen, ist dazu nicht mehr zu bewegen. — 15. Steht meist am Ofen — leistet kleine Handreichungen. *October.* 9. Beim Besuch der Frau spricht er kein Wort, weint. — 15. Schweigt ebenfalls beim Besuch seines heimathlichen Geistlichen. — 23. Thut gar nichts mehr, steht lange Zeit auf einem Fleck. *November.* 27. Braucht die Hände möglichst wenig, schlürft den Caffee ohne die Tasse aufzunehmen, muss stets zu Tische geführt werden. *Dezember.* 1. Wibbt lebhaft bei Mittheilung vom Briefe seiner Frau. Gefragt, ob er an sie schreiben wolle, nickt er. — 2. Hat nicht geschrieben. — 6. Macht allerlei Zauber und Hokuspokus, läuft auf einer Stelle immer hin und wieder, hat beim Essen allerlei sonderbare Gesten und Hantirungen. — 14. Freiwillig sich heut mit Gartenarbeit beschäftigt. — 15. Den ganzen Tag gearbeitet, aber nicht gesprochen. Macht keine Faxen mehr beim Essen. — 16. Macht Gesten, um sich verständlich zu machen. — 19. Beim Besuch seiner Frau freut er sich sehr — spricht aber nicht — schreibt einen Brief an seinen Collegen und giebt ihn der Frau mit. Gegen Ende Monats schlechter Schlaf, keine Arbeitslust mehr, steht auf einer Stelle. 1871. *Januar.* Schläft besser nach Chloral. Arbeitet, spricht aber nicht, hat gewöhnlich einen

Platz, wo er sich Tags über aufhält. *Februar.* Will nicht aufstehen, nicht Nahrung zu sich nehmen. *März.* Macht allerlei Stellungen und Grimassen. *April.* Stumm, zuckt viel mit den Achseln. *Mai.* Macht allerlei *zuckende Bewegung*, Grimassen, Körperstellungen, sowie man sich mit ihm beschäftigt. Wenn Pat. liest, cessiren die Bewegungen. Pat. spricht kein Wort, zeigt aber zuweilen auf den Kehlkopf, den Mund zu öffnen, ist er nicht zu bewegen. 1872. *Juni.* Während des ganzen letzten Jahres ist das Benehmen des Patienten im wesentlichen unverändert gewesen, noch immer erfolgen dieselben *zuckenden Bewegungen*, namentlich bei äusseren Reizen (Beobachtung). Zum Sprechen oder zum Schreiben ist er nicht zu bewegen. Der Appetit ist gut, doch die Ernährung etwas heruntergekommen. — Auf den Lungen nichts nachweisbar. 1873. Derselbe Zustand. 1874. Patient liegt schon lange zu Bett, ohne nur ein Wort zu reden und ohne seine Verrichtungen aus freiem Antriebe zu thun. Muss gefüttert werden. Liegt stets ruhig und nur wenn man seinen Namen nennt, verräth eine *tetanische Zuckung* des ganzen Körpers, dass noch Leben in ihm ist. *August.* Beim Besuch der Frau kein Wort gesprochen, konnte ganz gut gehen. 1875. Der *kataleptische Zustand* des Patienten besteht fort, anscheinend noch stärker. Er ist nicht im Stande eine andere Lage im Bett einzunehmen, sondern es muss ihm jede Lageveränderung gegeben und er stets vom Wärter aufgesetzt, auf die Seite, oder auf den Rücken u. s. w. gelegt werden. Mit den Extremitäten kann man wegen grosser Muskelstarre nur mit Schwierigkeit passive Bewegungen vornehmen und beharren dieselben stundenlang in der Stellung, die man ihnen gegeben hat. Die einzige gewohnheitsmässige Bewegung die Patient noch vollzieht ist, dass er täglich meist morgens nach dem Nachtstuhl geht. Er zeigt dabei einen *trippelartigen Gang*, indem er auf den Zehen (bei eingeknickten Knieen) balancirt. Gerade zu stehen ist er nicht im Stande und schon beim Stillstehen geräth er in heftige Schwankungen, die ihn dem Fall nahe bringen.

Den Weg nach dem Bette findet er nicht wieder zurück und bleibt auf dem Stuhl sitzen bis ihn der Wärter zurückbringt. Ebenso muss er von dem letzteren stets gefüttert werden. Die Augen sind entweder geschlossen oder die Lider sind in *zuckender* Bewegung, nie vermag Patient dieselben ganz zu öffnen. Auf die Aufforderung den Mund zu öffnen, gerathen die Lippen meist in Bewegung und scheint Patient die wirkliche Absicht zu haben, zu öffnen, ohne es jedoch bewerkstelligen zu können. Rufen seines Namens oder eines anderen Wortes, Klopfen auf das Bett oder starke Berührung des Körpers rufen meist eine heftige *Zuckung* des ganzen Körpers hervor. 1878. Seit 3 Jahren ist der beschriebene Zustand unverändert derselbe.

Fall II.

Frau D., 36 Jahr, seit 7 Jahren verheirathet, Mutter von 3 Kindern, hereditär belastet, war in ihrer Jugend bleichsüchtig, ist seit dem 13. Jahre regelmässig menstruirt, sonst nie krank gewesen. Seit 2 Jahren, nach ihrer glücklich verlaufenen letzten Entbindung ist sie an einem Uterinleiden erkrankt, das mit Aetzmitteln behandelt wurde.

Am 28. Mai 1881 kam Pat. Abends zur Anstalt in Begleitung ihres fünfjährigen Söhnchens und bat unter endlosem Jammer und Klagen über mangelnde Pflege und Furcht nicht wieder gesund werden zu können um Aufnahme in die Anstalt, die dann am 31. Mai erfolgte.

Juni. Schimpft auf den Mann, geniesst nichts, aus Furcht vergiftet zu werden. Viel Angst, fürchtet verbrannt, ersäuft, gegerbt zu werden. Zwischendurch verständige und klare Aeusserungen über Heimath, Haushalt. Lässt sich ankleiden. Schlechter Schlaf, weint viel. — 2. Fürchtet in ein grosses Fass gesteckt zu werden (anknüpfend an ein Wasserfass im Garten). Erschrickt beim Schlage der Uhr. „Todtenglocke". Jammert über Unterlassungen oder darüber, was sie gesprochen. Isst erzwungen und langsam. Fürchtet, da Kohlen abgeladen werden, verbrannt zu werden. Unentschlossen. — 4. Aufgeregt, pocht, schimpft, lärmt, läuft eine halbe Stunde unentschlossen im Hemd umher, will zu den „süssen" Kindern. Nachmittags ängstlich, fürchtet die nächste Nacht zu sterben. — 5. Ruhig, träumerisch, grübelnd. Fürchtet im Garten in die Saale geschleppt zu werden. — Muss gefüttert werden. — 6. Jammert, man triebe Spiel mit ihr. Will nicht ins Bett, muss entkleidet werden, will nicht essen, weil sie doch sterben müsse. — 7.—15. Wechselnd erregt mit melancholischen Vorstellungen. Sieht Rauch in der Stadt, ist „Scheiterhaufen für sie", sieht in der Senkgrube „ihr Grab". Verlangt getödtet zu werden. Schläft „Todesschlaf". — Muss mit Gewalt entkleidet werden, lässt sich sehr zum Essen nöthigen. — 16. Behauptet die schrecklichste Nacht ihres Lebens durchwacht zu haben, will von nun an nichts mehr essen. — 17.—25. Droht mit Selbstmord, grübelt viel, verwickelt sich in Widersprüche, behauptet Alles Thun sei ihr verboten, will giftige Blumen essen. Muss gefüttert werden. — 25. Nachts unruhig. Schreit und schimpft Tages, giesst die Suppe zum Fenster hinaus; dazwischen unbeweglich auf einem Fleck. — 27.—30. Will nicht aufstehen, muss angekleidet werden. Schimpft trotzig, lacht dazwischen. Spricht in der Ruhe verwirrt kindisch, in Aufregung verständiger. Fürchtet magnetisirt zu werden, will vom Blitz erschlagen werden. *Juli.* Widerspenstig im höchsten Grade. Zieht sich nicht an, gefüttert, tobt. Sporadisch ruhiger, verwirrt, sonst den ganzen Monat erregt, Nachts unruhig. *August.* 1.—9. Zustand unverändert. Pat. raisonnirt fortwährend, thut das Gegentheil von dem, was sie thun soll, weint, schreit, schimpft, wirft sich auf dem Boden umher. — 9.—13. Stumpfer, steht oder sitzt unbeweglich, Hände und Nase kalt. — 13.–Ende Monats. Toben; entkleidet sich fortwährend, lässt sich kaum füttern. *September.* 1.—21. Unruhig tobend, trotzig, grob, zerstörungssüchtig. 21.—30. Stumm unbeweglich, steht wo man sie hinstellt. *October.* 1.—11. Nach und nach thätig, kämmt ihr Haar, näht, häkelt, bleibt aber stumm und wehrt sich gegen das Füttern. — 11.—20. Erregt. 21.—30. Zunehmend erregter. *November* und *Dezember.* Dauernd erregt, isst schlecht. 1882. *Januar.* 1.—10. Unruhig, raisonnirt. — 11. Sehr erregt, liegt (Menstr.). — 12. Liegt noch, spricht nicht. — 15. *Kataleptiforme (passive) Bewegungen.* Ende Monats erregt. *Februar.*

Erregt, wird täglich gefüttert, aus- und angekleidet. *März.* Mit Ausnahme des 13. und 14., wo sie ruhiger ist, wiederholt Pat. dieselben Dinge, wie bisher, glaubt ihren Mann und ihre Kinder zu hören, ruft ihre Namen, drängt sich an die Ausgangsthür, isst nur genöthigt, oder, wenn spontan so langsam, dass die Speisen kalt werden, kleidet sich nie ohne Hilfe an und aus. *April.* Bis 18. erregt, dann steht sie wie eine Bildsäule, geht nicht. Vom 20. bis Ende liegt sie, spricht nicht, schluckt nur dünne Fleischbrühe. Oeffnet fast nie die Augen; die Extremitäten *ein wenig starr*, *wächsern. Mai.* Noch stumm, widerspenstig. Vom 5. an williger, kleidet und wäscht sich, isst allein, indess ohne die Augen zu öffnen. Vom 25. die Augen offen, starrt vor sich hin. *Juni* und *Juli.* Still, folgsam, spricht nicht, lacht vor sich hin, isst allein. *August.* 1.—8. Spricht nicht, bewegt sich *maschinenmässig.* — 8.—Ende. Sitzt und rührt sich nicht. *September.* Isst wenig. Rührt sich nicht, zieht sich nicht an, nicht aus. *October.* Isst wieder, spricht — antwortet zwar nicht, ist überhaupt widerwärtig — schimpft aber; zupft Charpie, sitzt dabei mit *krampfhaft flectirten Vorderarmen,* niedergeschlagenen Augen, ebenso, wenn sie in Büchern zu lesen scheint. *November.* Sonst unverändert, *Rückgrat, Arme und Hände contrahirt, jedoch wenigstens Kopf und Arme spontan beweglich, nicht so die flectirten Finger.* Pat. spricht nur, wenn man ihr gewaltsam die Hände öffnet, wobei sie Schmerz äussert. Intellect nicht gehemmt — eigenwillig, äussert es gehe Niemand etwas an, sie könne thun, was sie wolle. Stupor melanchol. — Isst langsam den ganzen Tag und nur auf Drohung mit einem Bade. *Gang trippelnd. Dezember.* Termin behufs Entmündigung. Pat. giebt trotzig Antwort, sei nicht verheirathet, habe weder Kinder noch Eltern, wisse nicht ihren Geburtsort. Motorisches Verhalten unverändert.

1883. Januar. Schimpft bisweilen. Nässt bei Tage oft ein. *Contractur der Finger* etc. dauert fort; dabei spontane Bewegungen z. B. der Abwehr — Kopf meist nach rechts unten. *Gang trippelnd.* Isst eigenhändig nur langsam. *Februar.* Noch stumpfer. Isst gefüttert. *Hände, Kopf contrahirt. Gang trippelnd. März.* Unverändert. *April.* Unverändert *katatonisch.* Seit Ende des Monates ist der Gang freier, braucht nicht mehr gezogen zu werden, — die Finger der rechten Hand beweglicher. Werden letztere (passiv) gestreckt, so schreit Pat. nicht mehr, wie sonst; an der linken ist das noch der Fall. Wird gefüttert, aus- und angezogen. *Mai* und *Juni.* Unverändert. *Juli. Haltung und Gang mit auswärts gekehrten Fussspitzen unverändert. Rechter Sternocleidomast. contrahirt, etc. rechte Hand adducirt und flectirt. Wirbelsäule nach links verdreht;* richtet sich beim Kämmen auf. *August. Haltung unverändert, Gang trippelnd auf den Zehen* — etwas rascher, sobald Pat. die Thüre offen stehen sieht. Räsonnirt mehr. *September.* Schimpft bei der Anrede — widerspenstig. *Gang und Verhalten unverändert. October.* In nichts verändert. Erhielt Besuch von Bruder und Schwester. Ersteren hatte sie seit 7 Jahren nicht gesehen und erkannte ihn wieder, äusserte auch nachher, dass Bruder und Schwester hier gewesen seien. Statt aller Unterhaltung mit denselben,

sprach sie nur: Ich will zu Herrn v. K. (eine seit Monaten zuweilen in veränderter Manier oft von ihr wiederholte stehende Redensart).

Soweit die vorgefundenen Krankengeschichten, deren Benutzung mir einerseits der leider viel zu früh verstorbene Geh. Rath Prof. Köppe zur Verfügung stellte, andrerseits Herr Sanitätsrath Dr. Fränkel zu gestatten die Güte hatte. Leider habe ich den ersten Fall nicht weiter verfolgen können, der zweite ist noch jetzt in Behandlung.

Demjenigen, der die Paradigmata für Katatonie, wie sie von Kahlbaum (siehe dessen „Die Katatonie“ Berlin 1874.) aufgestellt worden, kennt, wird es nicht schwer fallen die vorstehenden Fälle denselben in klassisch hervorragenden Punkten anzureihen. Genau so that ich es, als mir diese Fälle vorgestellt wurden, deren Geschichte ich nicht kannte. Für beide Fälle ist von den Autoren die Diagnose „Verrücktheit“ allerdings mit daranhängendem Fragezeichen in Anspruch genommen. Weit entfernt, hier die Frage zu verfolgen ob es berechtigt ist diese Fälle zur Verrücktheit oder zur Katatonie zu stellen, habe ich sie nur zur Kenntniss gebracht, weil sie mir zu illustriren scheinen, dass die an ihnen beobachteten auffallenden stereotypen Bewegungs- und Haltungsformen, doch etwas Besonderes sind.

Diesem Gefühl lieh der Verf. der 2. Krankengeschichte unabhängig von mir, dadurch Ausdruck, dass er eben für das, was beschrieben werden sollte nicht das Wort tetanisch, auch nicht tetanieartig, auch nicht kataleptisch, sondern eben „katatonisch“ wählte. Es heisst dort unter April 1883. — „Unverändert katatonisch.“ — Eine Bezeichnung aber zu haben für eine bestimmte Gruppe von Fällen, deren Symptomencomplexe ohne Schwierigkeit aus anderen Fällen durch ihr Aeusseres, ihre Auffälligkeit, herauserkannt werden können hat entschieden ein practisches Interesse, selbst wenn man diese auffälligen Symptome nicht als wesentliche anerkennen will.

Das wesentlichste der Verrücktheit ist das fixirte intellectuelle Delirium, die Wahnidee, die andere Wahnideen gebiert. Wenn man es in unserem 1. Fall als Wahnidee auffassen will, dass Jemand 3 Jahre lang in einer höchst unbequemen, kaum unserer Vorstellung zugänglichen quasi Zwangsstellung und Bewegung zubringt, wie sie vom Juli 1875 ab beschrieben, und ebenso die in beiden Fällen beschriebene mehr oder meniger langdauernde Muskelstarre, die Contractur, die Schwierigkeit Bewegungen vorzunehmen, die Flexibilitas, den trippelnden Gang, so mag man es thun. Es ist dann aber jedenfalls eine ganz besondere Sorte von Wahnideen und daher auch eine ganz besondere Art von Verrücktheit. Lässt man indess die Wahnideen fallen, so muss man auch den Ausdruck Verrücktheit fallen lassen.

Wenn man Verrücktheit und Melancholie, als zwei gleichwerthige coordinirte Formen annimmt, so kann man z. B. den 1. Fall doch nur zur Melancholie stellen. Es ist ein melancholischer Affect vorangegangen, es ist ein melancholischer Gedankengang, es ist eine melancholische Stimmung da und zum Theil diesem Inhalt entsprechende Handlungen. Ausserdem ist sehr ausgesprochene Schweigsamkeit da. Es fehlt also nichts zu dem Bilde der mel. attonita oder cum stupore.

Will man also nichts Neues anerkennen, so bleibt doch nur diese, aber nichts von Verrücktheit, d. h. von primär perversen Gedankenvorgängen.

Damit ist aber die Summe von krankhaft abgeänderten Seelen- und Nervenvorgängen, die an diesem Kranken zu Tage treten noch lange nicht gedeckt. Doch das, was ausser den Erscheinungen der mel. att. bei diesem Kranken und zwar in sehr charakteristischer Weise und sehr häufig hervortritt ist auch nicht das, was sonst als Verrücktheit bezeichnet worden ist. Es ist eben etwas Apartes.

Wiederum sind es auch nicht Erscheinungen, die als Complicationen aufgestellt werden können, sondern sie schliessen sich andern Erscheinungen, die im Bilde der melancholia attonit. liegen, enge an.

Diese Formen, die etwa der Psychopathia attonit. cum stupore, cum tetania, cum katelepsia entsprechen könnten, nennt Kahlbaum eben mit einem Worte — Katatonia — . Im 2. Fall sind die auffallenden Symptome, die der Verf. der Krankengeschichte, wie schon erwähnt, selbst gelegentlich katatonische nennt, so eigenartig, dass man sich kaum eine Vorstellung machen kann in welcher, wenn ich mich so ausdrücken darf, korkzieherartigen Verrenkung sich die Pat. präsentirt. Das Kinn fest auf die Brust gedrückt, dabei den Kopf nach rechts unten gedreht, die linke Schulter höher und mehr nach hinten stehend, die rechte niedriger nach vorn gedreht. Das Rückgrat kyphoscoliotisch nach links, der Bauch stark vorgestreckt, so dass das Rückgrat mit den Unterextremitäten gewissermaassen einen Winkel bildet und die Person hinten über zu fallen droht. Der rechte Arm fest an den Körper angeklemmt, der linke in spitz flectirter Stellung. Die Beine so verschränkt, dass beim Gehen die Fussspitzen nach einwärts gekehrt sind, wozu noch kommt, dass beim Gehen nur die Fussspitzen benutzt werden.

Im Uebrigen schliesst sich das Krankheitsbild an den vorigen Fall enge an, nur dass hier der in die Augen fallenden motorischen Störung ein mit starker Erregung gemischtes melancholisches Stadium vorangeht, in dem schon bald vereinzelte Attonitätssymptome an Stelle der melancholischen Färbung treten, und sie dann ganz verdrängen.

Dass beide Fälle in eine bestimmte klinische Gruppe gehören dürfte wohl kaum zweifelhaft sein, wie könnten sonst zwei völlig von einander unabhängige Autoren zu ganz verschiedenen Zeiten so übereinstimmende Symptome beobachten, wie sie vorliegend beschrieben sind. In Fall 1 ist ebenso von tetanischen Zuckungen, von kataleptischem Zustand, von trippelartigem Gang die Rede, wie in Fall 2 von kataleptiformen Bewegungen, krampfhaft flectirten Vorderarmen, contrahirtem Rückgrat, Armen und Händen, auch trippelndem Gang u. s. w. Und was sind Zuckungen, was ist Katalepsie, Contractur, krampfartige Flexion? — Ist das nicht Krampf? —

Doch darauf denke ich noch weiter zurückzukommen. Einstweilen muss ich mich darauf beschränken die Frage zu stellen, wohin diese oben genannten Fälle zu rubriciren sind? Unter das klinische Bild der Verrücktheit? Dann muss man gewiss sagen, dass es sich um eine besondere Art von Verrücktheit handelt und es berechtigt ist

für diese Art einen bestimmten besonderen Namen zu haben. Unter die Melancholie? Dann muss man zugeben, dass sich der Begriff Melancholie nicht mit Allem deckt, was an diesen Fällen beobachtet worden und stellt sich ebenfalls das Bedürfniss heraus eine eigenartige Benennung zu haben. Also welche?

II. Referate.

605) **S. Danillo:** Ueber die Reaction des hintern Abschnitts der Hirnrinde auf elektrische Reizung. (Vorläufige Mittheilung aus dem physiologischen Laboratorium von Prof. Munk.) (Wratsch 1883. Nro. 40.)

Verf. hat in Berücksichtigung der verschiedenen Ansichten über die Beziehungen des hintern Abschnittes der Hirnrinde zu der sogen. corticalen Epilepsie (Eckhardt, Unverricht u. A.) auf Vorschlag des Prof. Munk im verflossenen Sommer Versuche in dieser Richtung angestellt und zwar an schwach morphinisirten Hunden, deren Hirnrinde mittelst eines Schlittenapparats und 1 Daniel'schen Elemente tetanisirt wurde. D. gelangte zu folgenden Resultaten.

Schwache, die psychomotorische Zone gut erregende Ströme blieben, auf den hintern Abschnitt der Hirnrinde applicirt, ganz ohne Wirkung und um eine solche zu erzeugen, mussten Ströme von so grosser Stärke gebraucht werden, dass von einer Localisation derselben auch nicht die Rede sein konnte.

Die Stromesschleifen verbreiten sich hauptsächlich längs der Oberfläche der grauen Gehirnsubstanz, wofür folgende Thatsachen sprechen. Man erhält einen epileptischen Anfall auch nachdem durch einen Horizontalschnitt durch die Mitte des Occipitallappens ein grosser Theil der grauen Substanz von der darunter liegenden weissen abgetrennt wird, wogegen keine Krämpfe ausgelöst werden, wenn der hintere Abschnitt der Hirnrinde nach Anlegung eines oberflächlichen quereren Schnittes an einem beliebigen Ort der Rinde, aber an der Grenze zwischen ihrem vordern und hintern Abschnitte, elektrisch gereizt wird. In diesem Falle treten nur Reizungserscheinungen an den Lappen der durchschnittenen Dura mater und Zuckungen in den benachbarten blosgelegten Kopfmuskeln auf und bleiben die Krämpfe nur aus durch Ableitung der Stromesschleifen durch das in den Schnitt eingetretene Blut und in Folge der Trennung der Associationsfasern.

Die hintere Partie der Hirnrinde ist somit nur als guter feuchter Leiter für den elektrischen Strom aufzufassen. Dafür spricht ausser den eben angeführten Thatsachen noch der Umstand, dass die Exstirpation der vom Strome gereizten Stelle während der schon entwickelten Krämpfe diese nicht unterdrückt, was jedes Mal bei dem gleichen Versuche an der motorischen Zone gelingt.

Die einmal aufgetretenen Krämpfe verbreiten sich über ganz bestimmte Muskelgruppen und folgen dabei streng der topographischen Projection ihrer Centren auf der psychomotorischen Zone.

Diese Untersuchungen gaben die experimentelle Erklärung für den latenten Verlauf gewisser Läsionen der Hirnrinde, welche unter andern Bedingungen (stärkere Reizung) durch Summirung der Reize Symptome hervorrufen, auch wenn die Läsion an derselben Stelle der Hirnrinde sich localisirt. Hinze (St. Petersburg).

---

506) **K. W. Jankvertky** (Moskau): Ueber die Bedeutung der Gefässnerven für die Entstehung der Oedeme. (Virchows Arch. Bd. 93. S. 259.)

Verf. fand auf experimentellem Wege, dass: 1) in einer entzündlichen Extremität viel mehr Lymphe producirt wird, wenn die Vasomotoren gelähmt sind, als ohne diesen Umstand; 2) dass die Combination von Entzündung und Vasomotorenlähmung ein sehr viel stärkeres Oedem hervorruft als die Entzündung allein; 3) dass bei hydrämischer Blutbeschaffenheit und Unterbindung der Lymphgefässe nur dann Oedem auftrete (am Hunde) wenn die Vasomotoren gelähmt sind, dann aber bei hydrämischer Blutbeschaffenheit stets.

Buch (Helsingfors).

---

607) Prof. **Heuschen** (Upsala): Hemiatrophia progressiva. (Nordiskt med. Archiv. 1883 H. 1.)

Die hochgradige Atrophie der linken Seite erstreckt sich auf Haut, (hauptsächlich Unterhautfett- und Bindegewebe) Muskel und Knochen und betrifft hauptsächlich Gesicht, beide Extremitäten und begrenzte Partieen des Thorax. Sensibilität ziemlich normal. (Ueber die Temperatur der Theile ist leider kein Wort verloren.)

Buch (Helsingfors).

---

608) **A. J. Pospelav:** Ein seltener Fall von Ernährungsstörung der Haut. (Medicinskoje Obosrenie 1883. Aug.)

Die Erkrankung der fettleibigen unverheiratheten 63jährigen Dame wird auf zwei, viele Jahre zurückliegende sehr heftige Erkältungen zurückbezogen. Die linke Hand ist durch ein sehr festes kaum wegdrückbares Oedem stark geschwollen mit Ausnahme des Daumens und aller Fingerspitzen, welche Theile, besonders der Daumen, mit dicken rissigen Epidermisborken bedeckt sind. Die Hand ist sehr schmerzhaft und das Oedem steht in directem Verhältniss zur Intensität des Schmerzes, wesshalb Verf. annimmt, dass es auf nervösen Störungen beruht. Die in der borkigen Epidermis und den rissigen Nägeln gefundenen zwei Arten von Bacterien konnten mit Sicherheit als nach der Erkrankung angesiedelt constatirt werden. Die linke Hand fühlte sich bedeutend kühler an als die rechte, wurde aber bei jeder geringen Reizung leicht roth und fühlte sich dann warm an. Wenn die Hand kühl war, schmerzte sie, wesshalb sie immer warm eingehüllt getragen wurde. Der Störung in der Function der Gefässnerven ist Verf. geneigt, ein Hauptgewicht beizulegen. Diese vasomotorischen Erscheinungen traten gleich nach der starken Erkältung

auf; seit demselben Tage hörte auch die Schweissabsonderung an beiden Händen auf. Beide Arme zeigen Hyperalgesie; links ist der Druck auf die Nervenstämme sehr schmerzhaft, ohne dass dieselben aber geschwollen wären. Die Haut leitet wegen ihrer Trockenheit. Electricität sehr schlecht, doch ist die faradische sowohl wie galvanische Erregbarkeit der Nerven ziemlich normal.

Verf. ist geneigt, die Erscheinungen auf centrale Störungen zurückzuführen und auf periphere Neuritis. Buch (Helsingfors).

---

609) **Gilbert Ballet:** De l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsalis. (Ueber halbseitige Zungenatrophie bei Tabes dorsalis.)
(Le Progrès méd. Nro. 43. 1883.)

B. macht auf ein bisher nicht genügend beachtetes oder gänzlich übersehenes Symptom aufmerksam, das verhältnissmässig häufig bei Tabes dorsalis zu beobachten und schon bei Beginn dieser Affection zu constatiren ist. Er meint damit die Hemiatrophie der Zunge, auf die Charcot schon zuweilen hingewiesen hat. Diese Affection ist um so auffallender und interessanter, als die tabischen Symptome gewöhnlich bilateral und gewissermassen symetrisch auftreten. Die Hemiatrophie characterisirt sich durch beträchtliche Volumsabnahme der rechten oder linken Zungenhälfte. Die afficirte Hälfte zeigt zahlreiche Falten und Furchen, hat ein wurmförmiges Aussehen. Zuweilen ist auch leichtes Zittern mit fibrillären Contractionen zu beobachten. Durch die geschilderte Krankheitserscheinung wird das Sprechen, das Kauen und die Deglutition in keiner Weise gestört.

In den meisten Fällen seiner Beobachtung war das Zungenleiden mit Augenparalysen oder Atrophie gewisser Extremitätenmuskeln associirt. Ein hervorragendes Interesse darf dieses Symptom schon deshalb beanspruchen, weil es als einzige Manifestation bereits zu einer Zeit auftritt, wo noch alle andern Krankheitserscheinungen sehr undeutlich ausgeprägt sind oder gänzlich fehlen können. Beim Anblick einer halbseitigen Zungenatrophie muss sofort an Tabes dorsalis gedacht werden. Aus der Literatur ist zu ersehen, dass der Zusammenhang dieses Uebels mit der Tabes einigen Autoren wie Erb, Ross, Grasset, Cuffer nicht unbekannt gewesen ist. Eine eingehendere Arbeit über diesen Gegenstand soll demnächst im Archiv de neurologie erscheinen. Rabow (Berlin).

---

610) **Möbius** (Leipzig): Ueber die Thomsen'sche Krankheit.
(Schmidt's Jahrbuch 1883. 3)

Es handelt sich in der vorliegenden Arbeit um eine literarische Uebersicht, welcher der Verf. einige Bemerkungen über einen von ihm beobachteten Krankheitsfall anreiht, der zwar nicht das typische Bild der Thomsen'schen Krankheit oder Myotonie darstellte, zweifellos aber zu den „Formes frustes" derselben zu rechnen ist.

Der als einjährig Freiwilliger eingestellte Candidat der Theologie D. wurde dem Ref. vom Stabsarzt Dr. Sauer behufs elektrischer

Untersuchung zugeschickt. Der Pat. wollte im Grossen und Ganzen immer gesund gewesen sein, nur als Kind hatte er an Bettnässen und häufigem Alpdrücken gelitten. Von jeher hatte er nach grösseren Anstrengungen über eine Art „Wadenkrampf“ zu klagen gehabt, d. h. wenn seine Beine ermüdet waren, konnte er sich ihrer nur unvollkommen bedienen, da bei jeder willkürlichen Bewegung eine mit unangenehmen Empfindungen verbundene Starre eintrat. Die Disposition zum Steifwerden der Beine dauerte dann verschieden lange, in der Regel einige Tage, an. Der Vater des Kr. litt an derselben Affektion, dem „Wadenkrampf“, wie Pat. sich ausdrückte. Viel häufiger und intensiver trat die Muskelsteifigkeit ein, seit Pat. sich den Anstrengungen des militärischen Dienstes unterziehen musste. Nach Märschen z. B. war er 1—2 Tage in allen Bewegungen behindert. Einige Male nahm auch der Rücken an der Steifigkeit Theil und bei Uebung der Gewehrgriffe erstreckte sich dieselbe, was sonst nie vorgekommen, auf die Arme. Das die Starre begleitende Gefühl wurde theils als dem Eingeschlafensein ähnlich, theils als der bei Faradisation der Muskeln eintretenden Empfindung gleich beschrieben. Anderweite subjektive Symptome bestanden nicht.

Der Kr. war ein hochgewachsener, wohlgebildeter Mensch, dessen Muskulatur allenthalben kräftig entwickelt war, ohne doch hypertrophisch zu erscheinen. Die Muskeln der Beine waren nicht unverhältnissmässig stärker als die der Arme. Die Bewegungen des Gesichts und Kopfes, des Rumpfes, der Arme und Hände konnten rasch und kräftig ausgeführt werden, ohne dass von Steifigkeit etwas zu bemerken gewesen wäre. Liess man dagegen den sitzenden Pat. das Bein ausstrecken, so trat nach ganz kurzer Zeit ein Tetanus des gesammten Beins ein, welches der Pat. nicht sofort wieder beugen konnte. Hatte Pat. eine Zeit lang gesessen, so konnte er sich nur mit Anstrengung erheben. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln war eben so wenig wie die der Nerven erhöht. Die Muskeln fühlten sich im Ruhezustande nicht hart an, waren etwas druckempfindlich. Passive Bewegungen fanden keinen Widerstand, streckte man aber brüsk ein Bein, so gerieth dasselbe in Tetanus. Die elektrische Erregbarkeit war normal (Ulnaris sin. KaSZ 7^0, KaSTe 22^0, AnOeZ 19^0; Peronaeus sin. KaSZ 8^0, KaSTe 26^0, AnSZ 18^0, AnOeZ 21^0). Wandte man stärkere faradische Ströme an, so trat ein ähnlicher, den Reiz überdauernder Tetanus ein wie bei brüsken willkürlichen Bewegungen. Derselbe beschränkte sich bei erheblicher Stromstärke nicht auf die direkt erregten Nerven, bez. Muskeln. Die Sensibilität war durchaus normal, die Hautreflexe und Sehnenphänomene ebenso. Das Kniephänomen war lebhaft, das Fussphänomen fehlte; durch Beklopfen der Achillessehne und der Sehne des Triceps brachii liessen sich schwache Contractionen bewirken. Die Pupillen waren auffallend weit und reagirten lebhaft.

Der Pat. ist als untauglich aus dem Militärdienst entlassen worden.

Das Eigenthümliche dieses Falles besteht in der Hauptsache also darin, dass nur die Beinmuskeln zeitweise steif werden, dass sie

diese Disposition erst durch vorhergehende Ermüdung erlangen und dass das Volumen der Muskeln nicht vermehrt ist. Doch war, wie bei den typischen Fällen, die Affektion ererbt, seit Kindheit bestehend und beschränkte sich auf krankhafte Contraktionen bei willkürlichen Bewegungen, während sonst alle Funktionen durchaus normal waren.

Werfen wir nun einen Blick auf das Krankheitsbild im Allgemeinen. Aetiologisch charakterisirt sich das Leiden als erbliche Krankheit. In der Mehrzahl der Fälle liess sich Erblichkeit nachweisen, derart, dass Eltern oder Geschwister an derselben Affektion litten. In andern Fällen kamen in der Familie Neuropathien vor. Es ist daher wahrscheinlich, dass in den übrig bleibenden Fällen die erblichen Beziehungen nur unerkannt blieben, dass das Leiden ausschliesslich als ererbtes vorkommt. Weil es im Gang der Vererbung durch Neurosen vertreten wird, darf man es zu den *hereditären Neurosen* zählen. Typisch in dieser Hinsicht ist der Fall Thomsen. Wir finden bei ihm sowohl die gleichartige Erblichkeit, als die umformende, da neben den zahlreichen Fällen von Myotonie solche von Psychosen vorkommen.

Gewöhnlich machte sich das Leiden schon in früher Kindheit bemerklich. Bei Peters wird als Gelegenheitsursache ein Fall, resp. Schreck angegeben. Sonst scheinen Gelegenheitsursachen keine grosse Bedeutung gehabt zu haben. Nur in Seeligmüller's 3. Falle soll der Pat. bis zum 26. Jahre gesund gewesen sein. Doch legt S. selbst auf diese Angabe des Kranken kein grosses Gewicht.

Weitaus die Mehrzahl der Kr. war männlichen Geschlechts. Von den genauer beschriebenen Fällen betrifft nur der 2. Fall Seeligmüller's eine Frau. Sonst wird mehrfach angegeben, dass auch einzelne weibliche Familienglieder an der Steifigkeit gelitten haben. Dieses vorwiegende Erkranken des männlichen Geschlechtes ist ein weiterer Zug, den die Thomsen'sche Krankheit oder Myotonie mit Pseudohypertrophia musc. gemein hat. Auch diese Affektion ist eine hereditäre Neurose, welche in gleicher Weise wie jene forterbt. Aeusserlich ähneln sich beide durch das vermehrte Volumen der Muskeln.

Das wesentliche Symptom ist, dass „jeder willkürlich bewegte Muskel, welcher vorher eine Zeit lang in Ruhe war, bei seiner Contraktion in einen mehr oder weniger lange dauernden Contraktionszustand, in einen leichten Tetanus geräth, so dass also die zu jeder geordneten Bewegung nöthige Fähigkeit, einen angespannten Muskel jeder Zeit sofort wieder erschlaffen zu können, aufgehoben ist“ (Strümpell). An der Störung nehmen gewöhnlich alle willkürlichen Muskeln, auch die des Gesichtes, Theil, doch sind am intensivsten die Beinmuskeln betroffen, weniger die Arme, sehr wenig die des Kopfes, insbesondere scheinen die obern Gesichts- und Augenmuskeln oft ganz frei zu bleiben. Die Steifigkeit macht sich besonders bemerklich im Beginne der Bewegung, während sie nach mehrmaliger Wiederholung derselben schwindet, ein Umstand, den besonders Ballet und Marie betont haben. Strümpell glaubt, dass auch bei reflektorischen Bewegungen die Starre eintritt; beim Husten, Niesen, Zusammenschrecken

hat er sie beobachtet. Es dürfte jedoch schwer zu entscheiden sein, in wie weit bei diesen Bewegungen der Wille mitspielt. Sicher ist nur, dass die im engern Sinne reflektorischen Bewegungen, bei Hautreizung normal verlaufen. Auch bei Beklopfung der Sehnen treten normale Zuckungen auf. Ebenso bei kurzen galvanischen Reizen. Dagegen scheinen alle Reize, welche ebenso wie der Wille tetanisirend auf den Muskel wirken, die Starre hervorrufen zu können, z. B. faradische Ströme. Das Volumen der Muskeln ist meist, oft beträchtlich, vermehrt. Die Muskeln fühlen sich, wie bei Athleten, härter als gewöhnlich an. Am meisten entwickelt sind durchgängig die Muskeln der Beine, denen sich die Glutaei und die Wirbelsäulenstrecker anschliessen. Die histologische Untersuchung hat mehrmals ein ganz normales Verhalten der Muskeln ergeben. Bei mechanischer Reizung scheinen sich die Muskeln wie die Gesunder verhalten zu haben, bald bewirkte man durch einen Schlag mit dem Perkussionshammer einen langsam abschwellenden umschriebenen Wulst, bald blieb der Schlag ohne Erfolg. Auch die elektrische Erregbarkeit wurde, sobald sie zweckmässig untersucht wurde, normal oder doch nur in geringem Grade quantitativ verändert gefunden. Vigouroux allein will allerhand merkwürdige Abnormitäten gefunden haben. Doch sind seine Angaben, z. B. dass das AnSTe eher als KaSTe eingetreten sei, für den Sachverständigen so unwahrscheinlich, dass sie bis auf Weiteres zurückgestellt werden müssen. Fibrillare Zuckungen hat nur Seeligmüller einmal wahrgenommen. Sie kommen bekanntlich gelegentlich auch bei Gesunden vor. Die Sensibilität war immer normal. Auch anderweite Störungen fehlten. Nur Anzeigen von Nervosität fanden sich bei mehreren Kranken.

Diagnostisch kann die Thomsen'sche Krankheit kaum Schwierigkeiten machen, höchstens könnte bei verwischten Formen eine Verwechselung mit einfachen Crampi vorkommen. Am häufigsten ist natürlich Simulation angenommen worden. Bei dem Sohne Thomsen's, dem 1. Kr. Seeligmüller's bei dem Pat. von Peters und dem des Ref. geschah dies zuerst von militär-ärztlicher Seite. Prognostisch ist die Affektion ungünstig zu beurtheilen, sie scheint durch die ganze Lebenszeit ziemlich unverändert auszudauern. Eine Therapie giebt es bis jetzt nicht. Die bisherigen Heilversuche haben nur ungünstige Resultate geliefert.

Dass der Thomsen'schen Krankheit keine grobe Läsion des Nervensystems oder der Muskulatur zu Grunde liegen kann, bedarf der Begründung nicht. Es besteht eben nur eine Funktionsstörung der Art, dass *die willkürlichen Muskeln tetanisirende Reize in abnormer Weise beantworten.* „Ob die in fast allen bisherigen Fällen beobachtete ungewöhnliche Entwicklung der Muskulatur ein Ausdruck der Erkrankung selbst ist oder nur ein sekundärer Folgezustand derselben, lässt sich nicht entscheiden“ (Strümpell). Die neuern Autoren bezeichnen die Krankheit als angeborne Anomalie des Muskelsystems selbst, so Bernhardt, Strümpell, Ballet und Marie; Westphal nennt sie eine angeborne Anomalie des Muskeltonus. Frei-

lich darf man mit der Bezeichnung Muskelkrankheit die Myotonie nicht in eine Reihe stellen wollen mit den gewöhnlich so genannten Affektionen, etwa der Myositis rheumatica oder dgl. *Sie schliesst sich vielmehr den primären Systemerkrankungen des willkürlichen Bewegungsapparates an.* Stellen die Pseudohypertrophia musc. und die einfache Muskelatrophie derartige auf die Muskeln beschränkte Systemerkrankungen mit anatomischer Läsion dar, so repräsentirt die Myotonie eine analoge functionelle Störung. Man darf sie so wenig wie jene von den Erkrankungen des Nervensystems trennen. Wie die Muskelfaser mit dem Nerven eine physiologisch untrennbare Einheit bildet, so schliessen die auf die Muskeln beschränkten Systemerkrankungen sich mit denen des motorischen Nervensystems zu einer pathologischen Einheit zusammen. In diesem Sinne ist die Myotonie als den Neurosen gleichwerthig zu erachten, zu denen auch ihre ätiologischen Beziehungen sie verweisen.

Literatur der Thomsen'schen Krankheit:

Thomsen (Arch. f. Psych. 1876. VI. p. 762).
Seeligmüller (Deutsch. med. Wochenschr. 1876. p. 389).
Leyden (Klinik d. Rückenmkr. I. 128. 1874).
Benedict (Electrotherapie. 1868. p. 135).
Erb (Lehrb. d. Rückenm.-Kr. 1878. p. 817).
Seeligmüller (Jahrb. f. Kinderheilk. XIII. p. 257).
Bernhardt (Virchow's Arch. 1879. p. 516. LXXI.)
Peeters (Deutsch militairärztl. Zeitschr. VIII. 1879. p. 101).
Petrone (Riv. sperim. di fren. VIII. 1881. p. 301).
Strümpell (Berl. klin. Wochschr. 1881 p. 119).
Ballet et P. Marie (Arch. de Neurologie. 1883. Jan.).
Westphal (Arch. f. Psych. 1882. p. 278 und Berl. klin. Wochschrift. 1883, 11 u. 20).
Schönfeld (Berl. klin. Wochschr. 1883. p. 412).
Engel (Philadelph. med. Times 1883 Sept.)
Vizioli (Giornale di neuropatol. 1882. I. 2. p. 77.)
Sepilli (Arch. ital. per le malatie nervose 1883. XX. 5. p. 357.)

Erlenmeyer.

---

611) **Bourneville** et **Bonnaire** (Paris): Recherches cliniques et therapeutiques sur l'épilepsie, l'hysterie et Idiotie. (Bericht über die Abtheilungen für Epileptische, für Idioten und für zurückgebliebene Kinder in Bicêtre. Jahrgang 1881.)

(Paris 1882.)

Das vorliegende Buch enthält ausser dem statistischen Bericht über die Anstalt eine Reihe wichtiger dort beobachteter Fälle, die geeignet sind uns in manchen Punkten weiter zu bringen. Es sind gut angestellte Beobachtungen, genaue Krankengeschichten und ausreichende Sectionsprotocolle, welche mitgetheilt werden.

1) *Ueber Idiotie.*

Ausser der Idiotie, die durch Mikrocephalie und der, welche durch Hydrocephalus bedingt wird, giebt es noch Formen, die durch

atrophische Sklerose oder auch durch hypertrophische (tuberöse) Sclerose entstehen. Wieder andere Idiotien entstehen durch allgemeine chronische Meningoencephalitis.

A. *Tuberöse oder hypertrophische Sklerose der Hirnwindungen.*

Fall I. Vater wenig intelligent, Mutter und Urgrossmutter Alcoholisten, die Schwester starb an Krämpfen, ein Bruder an angeborenem Herzfehler. Die ersten Krämpfe traten im 8. Monat auf, zeigten sich fast täglich, aber das Bewusstsein schwand dabei nicht; erst vom 14. Monat ab sah und hörte das Kind bei den Krämpfen nicht mehr. Im Laufe des 3 Lebensjahrs wurde die Epilepsie heftiger, Zungenbiss, unwillkürlicher Stuhlabgang wurden constant. Das vollkommen idiotische Kind wurde von Rötheln und Bronchopneumonie dahingerafft.

Die Autopsie ergab zahlreiche prominente sclerotische Herde auf fast allen Windungen beiderseits. Ganz verschont waren die oberen Theile beider Centralwindungen und die Paracentrallappen. Die Herde beschränkten sich auf die graue Substanz der Windungen. Ausserdem lagen mehr streifenartige Herde beiderseits quer über die corpora striata. Die Ventrikel waren nicht erweitert; Kleinhirn und Rautengrube erwiesen sich als intakt.

Fall II. Neuropathien in der Familie, Frühgeburt. Anfangs wenige Krämpfe nur in den Augenmuskeln, Aufschrecken; bald Zunahme. Angeborne Idiotie — Paretischer Zustand der Arme und des Kopfes in den ersten 4 Lebensjahren der später schwindet. Ungemein schmutziger Idiot mit Speichelfluss, Lach- und Weinanfällen, der zeitweise vollkommen tetanische Anfälle von 20—60 Sec. Dauer bekommt. Unter solchen Anfällen erfolgt der Tod.

Bei der Autopsie wurden auf der Oberfläche beider Hemisphären wieder ganz ähnlich rundlich weisse prominente Herde gefunden wie im ersten Falle, gleiche sassen meist transversal gestellt auf der Oberfläche der beiden Schwanzkerne links auch des Thalamus.

Nach einer Untersuchung von Brissaud handelt es sich um echt sklerotische Herde.

Solcher Fälle von hypertrophischer Sklerose sind bislang nur 4 beobachtet worden. Verf. versucht auf Grund des Verlaufes, namentlich auf Grund der Abweichungen vom gewöhnlichen Bilde der Epilepsie das diagnostische Bild etwas näher zu begründen.

B. *Idiotie als Symptom einer chronischen Meningoencephalitis.*

Bourneville hat mehrere solcher Fälle beobachtet. Der mitgetheilte bietet die folgende Geschichte:

Stark hereditär belasteter Knabe, der von seinem 3. bis 18. Lebensmonat häufig Convulsionen hat. Bis zu seinem 4. Lebensjahr entwickelt er sich ordentlich, geht frei, spricht ohne Schwierigkeit, lernt sogar lesen. Da treten mit einem Male neue Krämpfe, die namentlich in der linken Körperseite ihren Sitz haben, aber oft allgemein werden, auf; auch wird Schwäche im linken Arm notirt, die später wieder schwindet. Eine dritte Phase der Krankheit datirt vom 11. Lebensjahre ab, wo Pat. nach einem länger dauernden Status epilepticus hemiplegisch wird. Die Intelligenz nahm bald so ab, dass

man von Idiotie sprechen konnte als das Kind nicht lang nachher in die Anstalt gebracht wurde. Dort starb es in Marasmus (Erysipel, Diarrhoen, Abmagerung, lobäre Pneumonie). Die Autopsie ergab eine über die ganze Rinde ausgebreitete Meningo-Encephalitis, die auf der rechten Hemisphäre am intensivsten war. Mit der Pia zog man hier die ganze Dicke der grauen Substanz ab und legte so die weisse atrophische und indurirte Markmasse der Windungen überall frei. Eine vorzüglich ausgeführte Tafel illustrirt diesen Befund. Aehnliche Bilder finden sich wohl gelegentlich bei der Paralyse der Erwachsenen, bei Kindern sind sie nach den Verff. noch nicht beobachtet worden.

C. *Zwei Fälle von Blödsinn und Idiotie bedingt durch Mikrocephalie.*

Genaue Lebensgeschichte zweier Idioten, die nichts wesentlich Neues bietet. Das Gehirn des ersten wog nur 640 Gr. Alle Windungen waren sehr deutlich, Uebergangswindungen fehlten. Im Ganzen fanden sich ausser der Kleinheit keine wesentlichen Anomalien. Ein fast analoger Befund ergab sich an dem sehr eingehend studirten Gehirn des zweiten Idioten, das 650 Gr. wiegend nur geringe Windungsanomalien zeigte.

2) *Neue Beobachtung von Hysteroepilepsie bei einem Knaben, Heilung durch Hydrotherapie.*

Es handelt sich um einen erblich schwer belasteten Knaben von 13 Jahren aus einer Ehe unter Blutsverwandten der im 9. Lebensmonate an Krämpfen litt, später sehr aufgeregt, furchtsam und impressionabel war, selten ruhig schlief und schliesslich im 12. Lebensjahr an typisch hysterischen Anfällen, die in allgemeinen clonischen Krämpfen, in Lachen, Weinen, Schreien etc. sich äusserten. Die Hautsensibilität schien intakt, der Kranke hörte aber links die Uhr nicht, erkannte mit dem l. Auge keine Farbe ausser Gelb, konnte Buchstaben nicht unterscheiden und roch nicht so deutlich als rechts. Die Krankengeschichte so plastisch und lehrreich sie ist, eignet sich schlecht zum Excerpt. Im Laufe der Krankheit traten noch viele andere der Hysterie zugehörige Symptome auf; leidenschaftliche Attitüden, Delirien, Gesichtshallucinationen, Hemianaesthesie, hysterogene Zonen waren nachweisbar. Die Behandlung, welche schliesslich triumphirte, bestand in Gymnastik und Hydrotherapie (Douchen).

3) *Fälle von Epilepsie.*

Von den hier mitgetheilten Fällen bietet namentlich der zweite Interesse. Es handelt sich um eine alte linksseitige Hemiplegie, bei deren Section eine *wesentlich auf die Insula Reili beschränkte Läsion* gefunden wurde.

Ein 54 jähriger Zimmermann hatte im 36. Lebensjahr plötzlich eine Hemiplegie links erlitten. Das Bewusstsein soll nicht geschwunden sein. 14 Tage später konnte er wieder, wenn auch hinkend, gehen. 6 Jahre später, Patient war inzwischen Alcoholist geworden, traten epileptische Anfälle auf, die seine Aufnahme in Bicêtre nöthig machten. Dort verfiel er später geistig mehr und mehr; im Jahre 1881 traten noch maniakalische Zustände auf, die in Stupor übergingen; Tod an „Adynamie“.

Die Untersuchung während des Lebens hatte mässige Contracturerscheinungen in der oberen und unteren Extremität links ergeben, Sensibilitätsstörungen schienen keine vorhanden. Pat. sprach deutlich, antwortete aber ohne Verständniss auf die Fragen, die man an ihn richtete, aus psychischer Schwäche.

Die Autopsie ergab einen grossen alten Erweichungsherd im r. Stammlappen, der ausser der Insel die Basis der 3. Stirnwindung und beider Centralwindungen und den grössten Theil des Lobulus supramarginalis zerstört hatte. Die ganze Hirnhälfte war kleiner, der Thalamus auf ein Drittel seines Volums geschrumpft, vom Linsenkern nur noch wenig nachweisbar. Ausserdem fand sich absteigende Degeneration in der Pyramidenbahn bis in's Rückenmark hinab.

Der *4. Theil des Buches* enthält den *Bericht über eine Rötheln-Epidemie*, die unter den epileptischen und idiotischen Kindern von Bicêtre herrschte. Es zeigte sich, dass im Allgemeinen die intercurrenten Krankheiten einen günstigen Einfluss auf die Epilepsie ausüben. Dieser Einfluss überdauert zuweilen die Krankheit und ist am deutlichsten, wenn es sich um Krankheiten die mit Fieber einhergehen, handelt. Edinger (Frankfurt am Main).

---

612) **W. Voigt:** Die Curmittel Oeynhausen's etc.
(Braunschweig, Wreden 1883. 172 W.)

Im Interesse der vielen Collegen, welche alljährlich Kranke nach Oeynhausen schicken, scheint es angezeigt, auf ein kleines Buch W. Voigt's, des bekannten Arztes in O., aufmerksam zu machen. Dasselbe, unter dem in der Ueberschrift genannten Titel erschienen, sucht eine wissenschaftliche Begründung der Art und Weise zu geben, wie die nach O. geschickten Kranken behandelt werden. Es zerfällt in eine Beschreibung der Curmittel O.'s, eine Erörterung über ihre physiologischen Wirkungen, eine Darstellung der Behandlungsweise verschiedener Krankheiten. In einem Anhange wird das Bad O. in Bezug auf Geschichte, Lage, sociale Einrichtungen u. s. w. geschildert. Den grössten Raum nimmt der Natur der Sache nach die Therapie der Nervenkrankheiten in O. ein. Der Verf. schreibt, wie und mit welchem Erfolge die einzelnen Formen, deren wichtigste die chronischen Rückenmarkskrankheiten sind, in O. behandelt werden, versucht seine Therapie theoretisch zu begründen und theilt eine grosse Reihe von zum Theil interessanten Krankengeschichten im Auszuge mit. Man kann in allen Hauptpunkten dem Verf. unbedenklich beistimmen und darf wünschen, dass das Buch unter den Aerzten möglichste Verbreitung finde. Möbius (Leipzig).

---

613) **P. A. Levin:** Aer en morfinsjuk person juridiskt tillräkhelig? (Sind Mophiumsüchtige juristisch zurechnungsfähig?) (Eira. 1883. Nr.18.)
(schwedisch.)

Verf. vergleicht den psychischen Zustand der Alcoholiker und Morphinisten. Zwar sei das äussere Auftreten beider stark verschieden, im Grunde aber stehen sie sich sehr nahe, jedenfalls seien bei

beiden die sittlichen Rechtsbegriffe nicht normal. Der psychische Zustand des Morphinisten steht am nächsten dem eines Dipsomanen und periodisch Geistesschwachen. Er sei wie diese moralisch und psychologisch farbenblind; denn einen Theil der sittlichen Fragen und der reinen Verstandesfragen sehe er entweder überhaupt nicht oder er sehe sie anders als normale Menschen; sein geistiges Gesichtsfeld sei in solchen Fragen vollständig getrübt. Morphinisten dürften keinerlei verantwortliche Stellung einnehmen, sie müssten behandelt werden als das, was sie wirklich sind, als Unmündige.

Buch (Helsingfors).

III. Vereinsberichte.

I. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 20. October 1883. (Le Progrès méd. Nro. 43. 1883.)

614) **Ch. Féré**: *Morphiumsucht und Schwangerschaft.*

Die wenigen bisher beobachteten Fälle von Morphinismus bei Schwangern haben nicht gezeigt, dass die Intoxication auf Mutter oder Kind einen irreparabeln Einfluss gehabt. F. bot sich vor Kurzem die Gelegenheit, folgende interessante Beobachtung zu machen.

Eine 22jährige, hysterische Frau, deren Mutter an Morphiumsucht litt, hatte vor 3 Jahren wegen einer Gesichtsneuralgie Morphium gebraucht und seit dieser Zeit nicht mehr aufgehört, sich Injectionen zu machen. Alle Bemühungen ihrer Angehörigen, sie davon abzubringen, blieben fruchtlos. Patientin wurde schwanger und kam im Februar, im 6. Monate ihrer Gravidität nach Paris, um sich von ihrer Morphiumsucht heilen zu lassen. Damals nahm sie täglich 0,24 Morphin, indem sie bei jeder geeigneten Gelegenheit sich dasselbe subcutan injicirte. Beim Beginn der Cur musste sie sich zunächst von ihrem noch vorhandenen Morphiumvorrath, der noch 1 Pfund betrug, trennen. Alsdann versuchte F. ihr täglich 0,005 weniger zu injiciren. Aber, — alle 2 oder 3 Tage stellten sich intensive Uterinkoliken und gesteigerte Bewegungen des Foetus ein, welche ein langsameres Vorgehen mit der M-Verminderung veranlassten, so dass am Tage der Entbindung, am 6. Mai, noch täglich 0,13 Morph. verabreicht wurden. Die Entbindung war eine normale. Als F. am 8. Tage nach derselben mit der allmäligen Unterdrückung des M. wieder beginnen wollte, stellten sich von Neuem Uteruskoliken ein und der Lochienfluss cessirte, um wieder bei der gewöhnlichen Morphindosis einzutreten. Die Entwöhnung ging auf diese Weise langsam vor sich, so dass Pat. am 3. Juni noch 0,08 M. erhielt. Alsdann wurden die Injectionen mit einem Schlage unterdrückt. Die Pat. klagte über heftige Koliken, Diarrhoeen, Aufregung und Schlaflosigkeit während der ganzen Nacht. Am folgenden Tage war jedoch Alles gut und die Morphiumsucht von nun an definitiv geheilt.

Es hatte sich also in diesem Falle in Folge der Abstinenz Uteruskoliken und Retention der Lochien gezeigt, wodurch Abort und Infection hätten eintreten können. Interessant ist ferner, dass die

Folgen der Abstinenz sich auch am Neugebornen bemerkbar gemacht hatten. Das gut entwickelte, aber magere Kind fiel durch seine brüsken Bewegungen, beständige Aufregung mit Geschrei und Schlaflosigkeit auf. Dieser Zustand währte die ersten 60 Stunden an und machte alsdann einem normalen Verhalten Platz. Rabow (Berlin).

II. Verhandlungen der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur.

(Sitzung vom 1. Juni 1883.)

615) **Julius Wolff** (Breslau): *Ueber doppelseitig fortschreitende Gesichtsatrophie.*

(Schluss.)

Es gäbe auch Analogien für einen derartigen Zusammenhang von chronischer Tonsillitis mit chronisch trophischen Störungen. Unter den Ursachen der Sclerodermie, welche man als ein der Hemiatrophie verwandtes Leiden auffassen könne, werde von Silbermann u. A. chronische Tonsillitis genannt. Vielleicht handele es sich hier um ähnliche Neuritiden. Die Annahme eines mechanischen Hindernisses wenigstens im Lymphstrom und des stellenweisen Stagnirens der Lymphe in den Gewebsräumen der Cutis habe der Urheber (Kaposi) selbst zurückgezogen.

Ferner seien 5 Fälle von angeborener Gesichtshypertrophie bekannt (Friedreich, Heumann, Beck, Passauer, Ziehl), von 2, also fast die Hälfte, einhergingen mit gleichzeitiger Tonsillarhypertrophie, die im extrauterinen Leben einmal so zunahm, dass Erstickungsgefahr eintrat. Auch hier dürfte das anatomische Substrat in einer infectiösen Neuritis des N. trigeminus gegeben sein, einer Neuritis auf Grund einer intrauterin überstandenen Angine, die entweder aus einem acuten Stadium in ein chronisches übergetreten oder überhaupt bald subacut verlaufen ist, und acute Infectionskrankheiten können ja intrauterin durchgemacht werden. Fernliegend seien auch hier die Möglichkeiten einer Neuritis ascendens von den Tonsillen aus, der reflectorischen Uebertragung eines Reizes vom N. glossopharyngeus auf den N. trigeminus, des continuirlichen Fortschreitens auf den N. sympathicus, fernliegend gar die einer primären Neuritis und secundären Tonsillarhypertrophie.

Ein Vergleich aber der Hemiatrophie und Hemihypertrophie sei nicht bloss in Anbetracht der Uebereinstimmung in der Symptomatologie gerechtfertigt, nein, auch die experimentelle Pathologie lehre, dass beides verwandte Störungen sind. Mantagazza u. A. fanden ja nach Nervendurchschneidung nicht bloss atrophische, sondern auch hypertrophische Processe: Hyperplasie des Bindegewebes und Periosts, Hypertrophie der Marksubstanz der Knochen, Osteophytbildung, Hypertrophie der Lymphdrüsen bis zum 6fachen ihres Volumens. Dass die Hemihypertrophie immer intrauterin, die Hemiatrophie extrauterin entstände, bedürfe einer Einschränkung (Ziel) und vermöge den Vergleich nicht von der Hand weisen zu lassen, da von Emminghaus ein Fall von angeborener halbseitiger Atrophie beschrieben worden sei. Auch der Verlauf beider Krankheiten wäre nicht wesentlich ver-

schieden, da nicht bloss die Hemiatrophie progressiv sei, sondern auch, wie in dem Friedreich'schen Falle, die Hemihypertrophie es sein könne. Schliesslich wäre auch die Aetiologie beider nicht abweichend (localisirtes Trauma, Erkältungen). W. möchte zwischen der Hemiatrophie und der Hemihypertrophie ein ähnliches Verhältniss statuiren wie zwischen der typischen und progressiven Muskelatrophie und der Pseudohypertrophie oder lipomatösen Muskelatrophie und entsprechend jener Friedreich'schen Theorie, den Satz aufstellen, dass der Hemihypertrophie nur eine durch gesteigerte Intensität der Krankheitsanlage und durch gewisse Besonderheiten des kindlichen, d. h. kindlicheren Alters modificirte Form der Hemiatrophie zu Grunde liege.

II. Siebenter Congress russischer Naturforscher und Aerzte in Odessa.

Section für Anatomie und Physiologie.

Zweite Zusammenkunft am 20. August (1. Septbr.) 1883.

616) **Dogjel:** *Ueber die Innervation des Herzens.*

Es sei von verschiedenen Seiten, führt Vortr. aus, namentlich aber von Engelmann die Ansicht vertheidigt worden, dass die Veränderung der Herzthätigkeit von Reizung des contractilen Herzgewebes selbst ausgehen könne, unabhängig vom Nervensystem. Als Hauptgrund für seine Anschauung führe der letztere den Umstand an, dass in frühen Entwicklungsstadien einiger niederer Thiere im Herzen keine Spur von Nervenelementen zu finden sei. Vortr. hat sich nun nie von der Abwesenheit der Nervenelemente im Herzen überzeugen können. Ferner hat er in der Ventrikelwand auch unterhalb des Bidder'schen Knotens Nervenzellen entdeckt, während man bisher der Ansicht war, dass im unteren Theil der Ventrikel solche nicht existiren. Weiter habe er sich überzeugt, dass bis in die Herzspitze doppelcontourirte Nervenfasern verlaufen. Bei einigen niederen Thieren, in deren Herzen man früher die Existenz nicht nur von Nerven sondern auch von Muskeln leugnete, fand Vortr. deutlich ausgeprägte quergestreifte Muskelfasern und Nervenzellen. Daraus folge, dass die Hauptrolle bei den Veränderungen des Herzrhytmus dem Nervensysteme zuzuschreiben sei. (Ob das gegenwärtig Jemandem noch zweifelhaft sein mag? Ref.)

Was die Bedeutung des Vagus für das Herz anlange, so schreibe man ihm seit Weber eine besondere von den übrigen motorischen Nerven quergestreifter Muskeln abweichende Beziehung zum Herzmuskel zu; indem die Reizung desselben nicht Contraction sondern Erschlaffung dieses Muskels bewirke, Stillstand des Herzens in der Diastole. Nach des Vortr. Ansicht nun ist der N. vagus ein gewöhnlicher motorischer Nerv; dass er aber anders wirke als die übrigen motorischen Nerven beruhe auf einer Verbindung mit den Nervencentren des verlängerten Markes an seinem einen Ende und den Herzcentren an seinem anderen Ende. Die von beiden Endcentren ausgehenden Ströme nun geben durch Interferenz Herzstillstand oder nur Verlangsamung der Herzthätigkeit oder auch Beschleunigung derselben. Wenn man daher die

Centren des einen Endes lahm lege, z. B. durch Muscarin, so erhalten wir bei Reizung des Vagus nicht Verlangsamung sondern Beschleunigung der Herzthätigkeit. Ebenso ist Vortr. auch in Bezug auf die Gefässe der Ansicht, dass es nur gäfässverengende Nerven gebe, und einzig nur durch deren Ermüdung oder Lähmung komme eine Gefässerweiterung zu Stande. (Der Herr Professor hat wohl keine einzige der vielen Arbeiten gelesen, welche die *Unrichtigkeit* dieser Anschauung über jeden Zweifel sicher stellen. Ref.)

Auf die Frage Spiro's, auf welchem Wege Vortr. Nervenelemente dort entdeckt habe, wo sie früher nicht gefunden worden, antwortete dieser, er habe sie mittels Osmiumsäure ermittelt. Auf die weitere Frage Spiro's, ob der Vortr. irgend welche neue Thatsache gefunden, welche seine Theorie der Vaguswirkung unterstützen, verwies dieser auf die Beschleunigung der Herzthätigkeit bei Reizung des Vagus an mit Muscarin vergifteten Thieren. (Dass der Vagus ausser hemmenden auch beschleunigende Fasern enthält ist nicht neu.*) Die Existenz der ersteren wird sicherlich durch das beregte Experiment allein nicht in Frage gestellt; dazu bedürfte es ganz anderer Beweise. Ref.)

617) **Derselbe** machte im Anschluss an seinen ersten Vortrag eine Mittheilung *über makroskopische Veränderung am Herzen von Thieren, die an verschiedenen Giften zu Grunde gegangen.*

Bei der Section von Thieren die mit gewissen Gasen, Alcaloiden, Säuren vergiftet waren fand Vortr. das Herz bald blass, blutleer, bald wieder blutüberfüllt. Häufig sei die eine Herzhälfte mit Blut überfüllt, die andere leer, das Herzohr oder der Vorhof auf der einen Seite roth, auf der anderen blass. Augenscheinlich entspreche jedem Gifte eine besondere Form des Herztodes, so dass man nach dem makroskopischen Aussehen des Herzens auf die Art des Giftes schliessen könne, das den Tod herbeigeführt.

618) **Derselbe**: *Ueber die narcotische Wirkung der Aldehyde.*

Die narcotische Wirkung des Chloralhydrat seien einige Pharmacologen geneigt auf die Abscheidung von Chloroform bei Einwirkung der Alcalien des Blutes zu erklären. Vortr. hat nun gefunden, dass auch das einfache Aldehyd, das also kein Chloroform abgeben könne ähnlich dem Chloralhydrat narcotisch wirkt; die Wirkung des letzteren auf Gehirn, Blutdruck etc. seien also den Aldehyden überhaupt zukommende Eigenschaften.

619) **Wwedenski**: *Ueber die Ermüdung der Nerven.*

Vermittels des Telephones könne man bekanntlich Nerventöne erhalten, welche von den negativen Schwankungen des Nervenstromes herrühren. Vortr. hat nun die Beobachtung gemacht, dass dieser „negative Ton" auch nach Reizung des Nerven von sehr langer Dauer nicht schwächer werde, woraus folge, dass der Nerv auch bei lange fortgesetzter Reizung nicht ermüde, was den bis jetzt gehegten na-

---

*) Für den Frosch von Wundt, Bidder und Keuchel, Schmiedeberg und Trutart, Rossbach, Böhm, für die Katze von Böhm nachgewiesen.

mentlich auf Du Bois-Reymond's und Bernstein's Arbeiten beruhenden Anschauungen widerspreche. Die letzteren haben gefunden, dass der Nerv zwar langsamer ermüde als der Muskel, dafür aber auch sich langsamer erhole. In den Versuchen Bernstein's unterbreche der Polarisationsstrom die Verbindung zwischen Nerv und Muskel, oberhalb der Ansatzstelle des Stroms aber werde der Nerv tetanisirt. Nach Oeffnung des Polarisationsstromes nun pflanze sich bei Bernstein die tetanisirende Wirkung nicht auf den Muskel fort wegen Ermüdung des dazwischen liegenden Nervenstückes. Bernstein's Methode leide aber, wie derselbe selbst zugestehe, an dem Fehler, dass der constante Strom, wenn er eine gewisse Zeit durch einen Nerven geströmt sei, die Leitungsfähigkeit desselben für längere Zeit aufhebe. Um nun diesen Fehler zu vermeiden habe Vortr. Bernstein's Versuch derart modificirt, dass er den Polarisationsstrom durch den Nerven strömen lässt bis zur Abschwächung der Leitungsfähigkeit des letzteren und dann den Strom etwas schwächer macht und von Zeit zu Zeit wendet. Wenn man dann den Strom unterbreche, so rufe der Inductionsstrom sofort eine Contraction des Muskels hervor selbst nach sechsstündiger Dauer der Reizung. Versuche mit Galvanometer und Telephon zeigten, dass selbst nach achtstündiger Reizung des Nerven keine Spur von Ermüdung zu entdecken sei. Die Thatsache erscheine allerdings parodox, doch sei darauf zu verweisen, dass im Nerven auch keinerlei chemische durch die Ermüdung begingte Reaction gefunden sei wie z. B. im Muskel. (Aber im Gehirn? Ref.). Auch daran sei zu erinnern, dass nur die gröberen Nervenstämme Blutgefässe enthalten, während die kleineren von den jeweiligen Zuständen des Kreislaufs unabhängig seien. (? Ref.)

Sitzung der Section für Anatomie und Physiologie.
(Wratsch Nro. 40. Medicinsky Obosrenie XX. S. 279.) 5. Septbr. (24. Aug.) 1883.

620) **A. A. Rawa**: *Versuche über Zusammenheilung verschiedener Nerven.*

In einer ersten Versuchsreihe durchschnitt R. die Nn. peroneus und tibialis posticus und verheilte sie kreuzweise, das periphere Ende des einen mit dem centralen des anderen. Als unmittelbares Resultat erschien Lähmung der Extremität; nach einiger Zeit jedoch stellt sich die Function wieder her, anfangs nur unvollständig, später aber vollständig zur Norm; es bedürfte dazu eines Zeitraumes von 3—16 Monaten. Bei Verheilung des centralen Endes nur eines Nerven mit dem peripheren des anderen stellte sich nur die Function des vom letzteren versorgten Muskels ein.

In einer zweiten Versuchsreihe vereinigte R. in ähnlicher Weise die Nerven verschiedener Function, und zwar den Hypoglossus und Vagus. Nicht alle Thiere überstanden die Operation, am besten noch Ziegen und Schweine (experimentirt wurde ausserdem noch an Kaninchen, Katzen, Hunden und Schafen). Der Hautschnitt wurde vom Unterkieferwinkel in der Richtung zum Kehlkopf hin gemacht. Wenn man die Muskeln bei Seite schiebt, liegen beide Nerven vor. Auch hier waren zur Wiederherstellung der Function 3—8—16 Monate

erforderlich. Gewöhnlich wurde die Operation nur an einer Seite ausgeführt. Bei Verheilung des centralen Vagusendes mit dem peripheren Ende des Hypoglossus erfolgte auf Reizung des Nerven stets Erhebung der Zunge, Erhöhung des Blutdruckes und tiefe Athembewegungen. Bei Verheilung des centralen Endes vom Hypoglossus mit dem peripheren des Vagus bewirkte die Reizung des Nerven oberhalb der Narbe Herzstillstand in der Diastole. (Demonstration der Blutdruckscurven.) Wenn kürzere oder längere Zeit nach der Operation der einen Seite dieselbe auch auf der anderen vorgenommen wurde, so starben die Thiere entweder gleich oder aber nach einigen Wochen an Pneumonie oder Darmatonie, die Därme erwiesen sich dann als mit Speiseresten überfüllt. Die mikroskopische Untersuchung wies in solchen Fällen fettige Entartung der zu den Lungen resp. den Eingeweiden gehenden Zweige, was nach des Vortr. Meinung auf der Schwierigkeit beruht, den gesammten Nervendurchschnitt zur Verheilung zu bewegen. R. demonstrirte 3 Kaninchen an denen die Operationen beider Versuchsreihen ausgeführt waren. Eines derselben lebt schon 3 Jahre nach Ausführung der Operation am Halse mit Verheilung des centralen Endes vom Hypoglossus mit dem peripheren des Vagus der einen Seite. Am selben Thiere war vor 2 Jahren die kreuzweise Verwachsung des linken N. peroneus mit dem tibialis post. vorgenommen. Die Bewegungen der Pfote erwiesen sich als vollkommen normal.

R. resumirt seine Versuchsresultate folgendermaassen:

1) Die centralen Nervenapparate können auch solche peripherischen Organe innerviren, welche ihnen nicht entsprechen, wenn sie künstlich durch Nervenleitung mit ihnen in Verbindung gesetzt werden. 2) Die Differenzirung der Nervencentren hängt in hohem Grade von den peripheren Organen ab, mit welchen sie verbunden sind und kann stets entsprechend den von der Peripherie ausgehenden Reizen künstlich verändert werden. 3) Die Erziehung, Uebung der peripheren Organe hat grossen Einfluss auf die Bildung und Entwickelung des centralen Nervensystemes.

An der Discussion betheiligten sich die Herrn Dogjel, Wwelenski und Baetz.

Kawalewski demonstrirte das Gehirnphantom von Schulgin das die Hirnfaserung, soweit sie bis jetzt bekannt ist aufweist. Prof. Aeby machte in einem Briefe seine Priorität für das Modell geltend, doch weist Kowalewski die Ansprüche Aeby's zurück, da er wohl mit der Geschichte der Erfindung dieses Phantomes bekannt sei.

Fünfte Sitzung am 6. Septbr. (25. August.)

621) **Wwedenski**: *Ueber die Periodicität in den Muskel- und Nervenapparaten während ihrer Thätigkeit.*

Mit Hilfe des Telephones kam Vortr. zu folgenden Versuchsresultaten. 1) Die Muskelcontraction durch Willensreiz kann durch grosse Häufigkeit der künstlichen Reize reproducirt (nachgeahmt) werden. 2) Man hat durchaus keinen Grund zur Annahme, dass die normale Muskelcontractur durch 18—20 Impulse in der Secunde (oder irgend eine andere kleinere Zahl) bestimmt werde.

Sechste (letzte) Sitzung. 7. Septbr. (26. August.)

622) **A. Rawa:** *Ueber Nervennaht.*

Die bisherigen Misserfolge schreibt R. der Operationsmethode zu. Er legt überhaupt keine Naht an, sondern er legt die Nervenenden einfach aneinander und verbindet sie durch eine Ligatur von Catgut mit einander. Dabei bedürfe man fast keiner Fixirung des Gliedes. Eine Erfahrung von über 100 Operationen, die sämmtlich *nicht* antiseptisch behandelt wurden, berechtigen ihn, diese Methode dringend zu empfehlen. Nach 3—16 Monaten ist stets die Function ganz wieder hergestellt.

623) **Sernow:** *Ueber Hirnwindungen und Hirnfurchen.*

S. stellt einen Vergleich an zwischen seinen 1877 veröffentlichten Untersuchungen der Oberfläche von 200 russischen Gehirnen mit einer gleichen 1882 von Giaccomini in Turin angestellten Untersuchung an 336 romanischen Gehirnen. In allen 336 Gehirnen des letzteren fand Vortr. keine einzige Form, die nicht in seinem Buche („die individuellen Typen der Gehirnwindungen des Menschen") schon beschrieben wäre. Dieser Umstand bestätigt schlagend seinen schon früher betonten Satz, dass die Zahl der individuellen Variationen in der Form der Gehirnwindungen beschränkt ist und eine gewisse Grenze nicht übersteigt. Der Vergleich seiner 200 slavischen mit den 336 romanischen Gehirnen Giaccomini's berechtigen den Vortr. weiter zu dem Schlusse, dass in diesen beiden Reihen keinerlei irgend wie bemerkbare Raceunterschiede zu erkenen seien.

Erste allgemeine Versammlung 30. (18.) August.

624) **Kowalewski:** *Ueber die Psychiatrie und Psyocholgie der Gelgenwart.*

K. äusserte unter Anderem, dass es mit der Psychiatrie in Russand noch sehr schlimm aussehe, was hauptsächlich auf der Unwissenheit des Publikums und seinem mangelnden Zutrauen zu den Specialisten, sowie der Selbstüberhebung der Juristen beruhe. Zwar sei im Laufe der letzten 20 Jahre vieles besser geworden, doch aber werden noch jährlich Hunderte von Geisteskranken als Verbrecher nach Sibirien verschickt. Buch (Helsingfors).

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Dalldorf (Berlin), Volontairarzt, sofort, 600 M., fr. St. 2) Düsseldorf (Dep.-Irrenpflegeanstalt) dir. Arzt, 2400 M. (Gesammt-Einkommen!) 3) Sorau (Brandenb. Land.-Irren-Anstalt), Assistenzarzt, sofort, 2000 M. möbl., Wohnung, Heizung und Beleuchtung. 4) Pfullingen (Württemberg), Assistenzarzt, Ende d. J. 1200 bis 1800 M., fr. Stat. 5) Halle a. d. Saale (Irrenanstalt), Volontairarzt, sofort, 1200 M., freie Station.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).

Monatlich 2 Nummern, jede 1 1/2 Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 3 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Com.-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben und redigirt von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke" zu Bendorf bei Coblenz.

6. Jahrg. **15. Dezember 1883.** **Nro. 24.**

INHALT.

I. REFERATE. 625) Munk: Ueber die centralen Organe für das Sehen und das Hören bei den Wirbelthieren. 626) Baginski: Zur Physiologie der Gehörschnecke. 627) Kronecker und Nicolaides: Ueber die Erregung der Gefässnervencentren durch Summation electrischer Reize. 628) Hayes: Spina bifida, mit Erfolg operirt. 629) Brandeis: Catarrhalische Kopfschmerzen und verwandte Zustände. 630) Gross: Eine durch Unterbindung der carotis comm. und Neurectomie geheilte Trigeminusneuralgie. 631) Müller: Fall von Trigeminus-Lähmung. 632) Pooley: Ein Fall von Paralyse des Armes nach Impfung. 633) Dessau: Convulsive Zustände bei Kindern und ihre Behandlung. 634) Mackey: Hysterische Schnellathmigkeit. 635) Edinger: Vagusneurosen. 636) Cormack: Doppelte Identität nach Trepanation. 637) Mattison: Morphiumsucht unter Medicinern. 638) Kirn: Ueber Chloral-Psychosen. 639) Bechterew: Die Bedeutung der pathologisch-anatomischen Veränderungen in der progressiven Paralyse der Irren bezüglich des Auftretens apoplectoider Anfälle. 640) Everts: Insanity in the United States. 641) Parsons: Das Verhör vor einer Jury als ein Mittel den Geisteszustand eines angeblichen Irren festzustellen und als eine Vorbedingung zur Absperrung von Irren.
II. VEREINSBERICHTE. 641) Uthoff: Lähmung sämmtlicher Augenmuskeln nach leichter, ambulatorisch behandelter Rachendiphtherie. 643) Moses: Das Gehirn und Rückenmark eines Tabischen mit hemiplegischen Erscheinungen. 644) Schütz: Ueber einen Fall vollständiger Anästhesie. 645) Thomsen: Beziehungen des epileptischen Anfalles zur sensorischen Anästhesie. 646) Henoch: Ueber Chorea.
III. ALPHABETISCH GEORDNETES INHALTSVERZEICHNISS.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das I. Quartal 1884 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Dieser Nummer ist Titelblatt und Inhaltsverzeichniss beigefügt.

I. Referate.

625) **H. Munk** (Berlin): Ueber die centralen Organe für das Sehen und das Hören bei den Wirbelthieren. (Sitzgsb. d. Kgl. Preuss. Academie d. Wissenschaft. 12. Juli 1883.)

Nachdem der Verf. an Hunden und Affen gezeigt, dass alle centralen Vorgänge des Gesichtssinnes an das Grosshirn geknüpft sind, dass volle Blindheit — Rindenblindheit — mit dem Verluste des letzteren einherging; nachdem es für den Menschen durch zahlreiche pathologische Erfahrungen festgestellt war, dass die Sehsphäre jederseits von der Rinde des Hinterhauptlappens gebildet wird, ging er daran, zu untersuchen, wie es sich in der Thierreihe abwärts vom Hunde mit dem Sehcentrum verhalte. Von Blaschko (Das Sehcentrum bei Fröschen. Berl. Dissert. 1880.) war gezeigt worden, dass der gehirnlose Frosch Gesichtswahrnehmungen hat, die er im Gedächtniss zu behalten und für seine Bewegungen zu verwerthen weiss, dass er nicht schlechter als der normale Frosch sieht und nicht einmal seelenblind ist. An der Taube, bei welcher er grössere Stücke von der dünnen Decke an der hinteren Parthie einer Hemisphäre exstirpirte, konnte Bl. zu keinem endgiltigen Resultate kommen, da die verstümmelten Thiere mit dem entgegengesetzten Auge, wenn auch schlechter als normal, sahen. Verf. ging jetzt selbst daran, die Untersuchungen über das Sehen der Vögel aufzunehmen und musste sich hier zunächst trotz der so häufig seit Flourens ausgeführten Operation der Exstirpation des Grosshirns eine Operationstechnik schaffen, da die zum Theil sich widersprechenden Resultate der früheren Forscher durch das Ungenügende und Fehlerhafte derselben bedingt waren. Die minutiöse Schilderung derselben möge man im Originale nachlesen. Die Operation ist so schwierig, dass Verf. 80% Verluste erlitt; die Thiere, welche er 10 Wochen bis 7 Monate nach der Operation am Leben liess, theilte er in 3 Gruppen. Bei der ersten war die Operation gut zur Ausführung gekommen und die Section erwies die totale Exstirpation beider Hemisphären bei der Unversertheit des übrigen Hirns. Die Taube, welche meist unverändert auf dem Platze stand, den Kopf eingezogen zwischen den Flügeln, führte eine Reihe von Bewegungen aus: sie drehte von Zeit zu Zeit den Kopf nach rechts und links, sie hob ein wenig einen oder beide Flügel in die Höhe, sie öffnete und schloss den Schnabel etc. Sie erhob sich einige Ctm. hoch über den Boden und strich 1—2 Fuss weit gerade oder im Bogen nach vorne dahin. Zu einem wirklichen Auffliegen kam es nie. An alle Hindernisse auf ihrem Wege stiess sie an oder ging sogar in dieselben hinein. „Was auch vor den Augen der Taube sichtbar sich vollzog, und wenn man im hellsten Zimmer plötzlich die Augen tief beschattete oder im finsteren Zimmer plötzlich das grellste Licht vor die Augen brachte, nichts beeinflusste die Taube anders, als dass ihre Pupillen sich erweiterten oder verengten.“ Liess man die Taube in der Luft los, so flog sie mit halb aufgerichtetem Rumpfe, zurückgezogenem Kopfe und weit vorgestreckten Beinen schräg gerade aus

oder in einer Rechts- oder Linkswindung abwärts, schlug hörbar auf dem Boden auf oder glitt erst eine Strecke über ihm hin, Objecte auf der Flugbahn nicht bemerkend. Die zweite Gruppe unterschied sich hiervon nur dadurch, dass die Taube von der dritten Woche an manche Hindernisse mied, während sie in andere hineinging. Dazu scheute sie von der siebenten Woche an, wenn man die Hand von oben nach unten gegen das eine, z. B. das linke Auge bewegte. War dieser Taube — nach $1^1/_2$—3 Monaten — noch das linke Auge exstirpirt worden, so verhielt sie sich genau wie die von Gruppe 1. Bei der dritten Gruppe endlich war auf der einen z. B. der rechten Seite die Operation nicht gut ausführbar gewesen; die Section zeigte, dass nichts von der linken Hemisphäre vorhanden war, wohl aber von der rechten ein Fetzen der Ventrikeldecke, in seiner grösseren Ausdehnung 2 Mm. erreichend, vom Pedunculus aus medial und aufwärts sich erstreckend. In der ersten und zweiten Woche verhielt sich diese Taube, wie die von Gruppe 1, dann aber setzte sie sich öfter in Gang und spazierte umher, theilweise die Rechtsdrehung bevorzugend. Allen grösseren Hindernissen wich sie aus. Von der zweiten oder dritten Woche an scheute sie, wenn man die Hand gegen das linke Auge bewegte. Vom 2. Monate an flog sie auf, allerdings nur selten und nur kurze Zeit. War ihr das linke Auge vernäht, so flog sie, wie die von Grnppe 1. War ihr endlich das linke Auge exstirpirt, so verhielt sie sich in allen Stücken wie die der ersten Gruppe. Wir lernen aus den Versuchen, dass die Tauben der Gruppe 1 den Gesichtssinn völlig eingebüsst haben, und dass die andern nur noch mit einem Auge sehr wenig sehen. Die völlige Entfernung des Grosshirns bei Tauben hat also andauernde völlige Blindheit zur Folge. Dasselbe ergeben die Tauben der dritten Gruppe, denn wo die eine Hemisphäre ganz und die andere beinah entfernt ist, muss die Taube mit dem einen Auge gar nicht und mit dem anderen sehr wenig sehen. Bei den Tauben der zweiten Gruppe muss noch ein Rest von der einen Hemisphäre erhalten geblieben sein, dem restirenden spurweisen Sehen gemäss, ein äusserst kleiner, welcher der Constatirung entging und damit lehren die Versuche dasselbe, wie die der beiden anderen Gruppen. Die anders gedeutenden Versuche früherer Forscher beruhten in Folge mangelhafter Technik auf dem Umstande, dass noch mehr vom Gehirue zurückgeblieben war, wie hier bei der dritten Gruppe. Was endlich die Versuche von einseitiger Hemisphärenexstirpation anbetrifft, so lehren dieselben, dass die Thiere nicht völlig blind auf dem gegenseitigen Auge sind, sondern noch einen Rest des Sehvermögens behalten haben. „Jede Retina steht also bei der Taube zu beiden Hemisphären in Beziehung und ist vorwiegend mit der gegenseitigen, viel weniger mit der gleichseitigen verbunden. Die äussere laterale (hintere) Parthie der Retina gehört der gleichseitigen, die ganze übrige Retina der gegenseitigen Retina zu. Obwohl sich nun die Sehsphäre der Taube noch nicht genau begrenzen lässt, so ist doch mit Zuhilfenahme eines Versuches von Blaschko mit Sicherheit anzugeben, dass die vom Pedunculus aus nach oben und vorn sich erstreckende Ven-

trikeldecke in grosser Ausdehnung die Sehsphäre bildet. „Bei den Vögeln sind demgemäss wie bei Hunden und Affen alle centralen Vorgänge des Gesichtssinnes an das Grosshirn geknüpft und ist ebenso jede Hemisphäre mit beiden Retinae in Verbindung gebracht; ja sogar die Lage der Sphäre und die Projection der Retinae auf die Sehsphäre findet sich bei den Vögeln derart, wie bei jenen höheren Säugethieren wieder.“ Goldstein (Aachen).

---

626) **B. Baginsky** (Berlin): Zur Physiologie der Gehörschnecke. (Sitzungsb. der Kgl. Preuss. Akademie der Wissenschaft zu Berlin 14. Jan. 1883.)

Bei Hunden wurde nach Eröffnung der Bulla ossea die eine Schnecke weit aufgebrochen, um vollständige Taubheit zu erzielen, von der anderen Schnecke aber blos diese oder jene kleinere Parthie durch Eröffnen oder Anbohren verletzt, das Hörvermögen der Thiere untersucht und nach 3—10 Wochen die Section gemacht, um das Labyrinth microscopisch zu untersuchen. Die Versuchsreihe zeigte, dass die Spitze der Schnecke die dem Hören tiefer Töne dienenden Theile enthält, die Basis der Schnecke die dem Hören hoher Töne dienenden.

Goldstein (Aachen).

---

627) **Kronecker** und **Nicolaides:** Ueber die Erregung der Gefässnervencentren durch Summation electrischer Reize. (Arch. f. Anatomie und Physiologie. Phys. Abth. 1883. H. 1.)

Verff. kamen zu folgenden Schlüssen:

1) Einzelne Inductionsschläge, welche nach Abtrennung des Gehirnes dem Hauptgefässnervencentrum in der Medulla oblongata oder unterhalb desselben dem Rückenmark zugeführt werden, haben keine Wirkung auf den Blutdruck oder nur minimale bei Anwendung von Strömen, welche so stark sind, dass einem Schlage schon tetanisirender Effect zugeschrieben werden kann.

2) Mässig starke Reize werden erst dann, durch Summation, wirksam, wenn man mindestens 2—3 Reize in 1″ folgen lässt.

3) Diese seltenen Reize gewinnen an Effect, wenn man ihre Intensität steigert; man kann aber durch Stromverstärkung die gefässverengende Wirkung niemals auf solche Höhe bringen, wie sie durch Reizung mit mässig starken Strömen grösserer Frequenz zu erreichen ist.

4) Lässt man die Intensität der reizenden Ströme constant und erhöht deren Frequenz, so sieht man deren Reizeffect sich steigern. Der Effect wächst nicht mehr, wenn die Reizfrequenz 20—30 Schläge in 1″ erreicht hat.

5) Das Maximum der gefässverengernden Wirkung (des Blutdruckes), welcher bei verschiedenen Versuchsobjecten (Hunden und Kaninchen) auch der gleichen Species und Grösse sehr verschiedene Werthe annehmen kann, ist also zu erreichen: durch starke Reize mässiger Frequenz (etwa 10—12 in 1″) und ebenso auch durch mässig starke Reize maximaler Frequenz. (20—25 in 1″.)

6) Das Maximum der gefässverengernden Wirkung in Folge seltener wenn auch starker Reize wird später erreicht als dasjenige, welches frequente schwächere Reize hervorbringen.

7) Nachdem die Reizung der Gefässnervencentren beendigt ist, sinkt der Blutdruck nur sehr allmälig ab, ebenso wie nach den Erfahrungen von N. Baxt die Erregungen der beschleunigenden Herznerven langsam abklingen; es wird daher eine sehr beträchtliche *Nachwirkung* des Reizes angenommen. Buch (Helsingfors).

---

628) **Robert J. Hayes** (Rochester N.-Y.): Spina bifida. A successful operation after the method of Mr. Robson of Leeds (England).
(The medical Record 16. Juni 1883.)

H. beschreibt die Ausführung der Robson'schen Operation in seinem Falle ($9^1/_2$ wöchentliches Kind). Der hühnereigrosse Tumor wurde in Bauchlage des chloroformirten Kindes punctirt und nach Aufhören des Ausfliessens von Flüssigkeit excidirt. Nach Durchschneidung eines $1^1/_2$ Zoll dicken Fettgewebes fand er einen doppelten Sack, einen collabirten, nicht mit dem Spinalcanale zusammenhängenden äussern (es war der punctirte) und unter diesem den eigentlichen von den Meningen gebildeten. Bei Punktion dieses letztern trat sofort Collaps ein; in den nächsten 15 Minuten „floss genügend Flüssigkeit ab, um den Sack schlaff zu machen," worauf derselbe incidirt und nach Entfernung der überflüssigen Partien durch Catgut wieder geschlossen wurde. Dann wurden einige 20 Stück kleine frische Periostläppchen vom Kaninchen auf die freiliegende Membranfläche gelegt und Fettgewebe sowie Haut darüber geschlossen. Heilung erfolgte per primam bis auf eine kleine Oeffnung, die sich erst nach 10 Tagen schloss. $^1/_4$ Jahr später fühlte man die den Spinalkanal schliessende, durch wucherndes Periost gebildete Brücke als harte Leiste.

Voigt (Oeynhausen).

---

629) **Richard C. Brandeis** (New-York): Catarrhal headaches and allied affections. (Catarrhalische Kopfschmerzen und verwandte Zustände.)
(The med. Rec. 21. April 1883.)

Br. verbreitet sich über den Kopfschmerz, der Folge von Erkrankungen der Nase und der benachbarten Hohlräume ist. Er giebt zunächst eine durch Präparate erläuterte Beschreibung der Nase und der Verbindung der Nasenhölen mit den angrenzenden Knochenhöhlen. Dann bespricht er unter Beschreibung entsprechender Fälle den Stirnschmerz bei acutem Schnupfen, der durch Druck seitens der entzündeten Schleimhaut und ihrer Absonderung auf die unterliegenden Knochen entstehe. Ebenso wirke chronischer Nasencatarrh, zumal sich derselbe meist in die Stirnhöhlen fortsetze; hier helfe natürlich nur örtliche Behandlung. Affectionen der tiefern Theile der Nasenhöhlen und der Ethmoidal- und Sphenoidalhöhlen könnten Erkrankungen des Hirns resp. der Meningen vortäuschen (Fall eines Polypen). In die Highmorshöhle pflanzten sich Nasenerkrankungen gleichfalls zuweilen fort und verursachten unter Anderem Zahnschmerzen; die Befreiung jener von Secret sei aber schwierig, so dass oft nur Perforation der Kieferwand zum Ziele führe.

Voigt (Oeynhausen).

630) **H. Gross:** Trigeminal neuralgia relieved by ligation of the common carotid artery and neurectomie. (Eine durch Unterbindung der Carotis comm. und Neurectomie geheilte Trigeminus-Neuralgie.)

(Americ. Journ. of the medic. scienc., April 1883.)

Die Unterbindung der Carotis beseitigte die Neuralgie des 1. Trigeminusastes für immer, die des 2. auf 2 Jahre, die des 3. nur auf kurze Zeit. Acht Monate später wurde die Neurect. des n. dental. infer. gemacht, wonach die Schmerzen $^5/_4$ Jahre lang aufhörten. Die später vorgenommene Neurect. des n. maxill. super. und nochmals des n. dent. infer. heilte die Neuralg. für immer.

Voigt (Oeynhausen).

---

631) **C. W. Müller** (Wiesbaden): Fall von Trigeminus-Lähmung.

(Arch. f. Psych. und Nervenkr. XIV. 3 p. 513.)

Bezüglich der Details des höchst sorgfältig klinisch und physiologisch erörterten Krankheitsfalls, der die Existenz von *trophischen Trigeminusfasern* (neben anderen physiologischen Fragen) beweisen soll, muss auf das Original verwiesen werden. Es sei hier nur bemerkt, dass im *rechten* Trigeminusgebiet völlig *normale Sensibilität* und *trotzdem Ophthalmie* bestand, *links* dagegen vollständiger *Verlust* der *Sensibilität* und *keine* Ophthalmie. Dadurch wird die Rolle des Sensibilitätsverlustes beim Zustandekommen einer neuroparalytischen Ophthalmie allerdings eine sehr problematische.

Langreuter (Dalldorf).

---

632) **J. H. Pooley:** A case of paralysis of the arm following vaccination. (Ein Fall von Paralyse des Armes nach Impfung).

(The medic. Record. 26. Mai 1883.)

Ein 22jähriger Deutscher wurde mit animalischer Lymphe geimpft bekam ein grosses Geschwür an der Impfstelle mit Lymphangitis und als diese zurückging (Ende der 3. Woche) Paralyse des linken Armes mit completer Anästhesie und Analgesie, welche letzteren Störungen auch zum Theil Brust und Schulter betrafen. Die linke palma manus schwitzte beständig; dabei glossy Fingers, Bläschenbildung an einzelnen Fingern; nirgends Schmerzen. Heilung durch Electricität nach einem Jahre. P. hält den Fall für eine Neuritis, gewisser Aeste des plexus axill., entstanden durch Druck seitens der entzündeten Achseldrüsen.

Voigt (Oeynhausen).

---

633) **Henry Dessau:** Convulsive affections in children and their treatment. (Convulsive Zustände bei Kindern und ihre Behandlung).

(The medical Record 2. Juni 1883.)

Verf. will die im Kindesalter auftretenden Convulsionen in 2 grosse Klassen getrennt wissen, je nachdem sie durch periphere oder locale und durch centrale oder circulatorische Ursachen hervorgebracht sind. Die sogenannten essentiellen Krämpfe erkennt er nicht an, da sie gewöhnlich epileptischer Natur seien. Als häufigste Ursachen lo-

caler Entstehung nennt er Reizung des Verdauungstractus (häufig bei rhachitischen und zahnenden Kindern), sowie den Zahndurchbruch, Hautreize aller Art, Fremdkörper u. s. w. Unter den circulatorischen Ursachen nennt er in erster Linie Fieber, Rhachitis (Laryngismus stridulus häufig), Keuchhusten, Sommerdiarrhöen, Meningitis. Die Therapie müsse zunächst eine causale sein; wo eine Ursache nicht nachweisbar, solle man Reizungen der Baucheingeweiden annehmen und daher mit Klystieren, Brechmitteln, Bäder verschiedener Temperaturen vorgehen. Chloroform und noch besser Amylnitrit will er erst in 2. Linie oder bei grosser Gefahr gebrauchen. Sedativa (Chloral, Beladonna, Morph.) gibt er am liebsten unmittelbar nach einer Krampfattacke, um neuen Anfällen vorzubeugen. Gegen Krämpfe im Verlaufe des Scharlach's empfiehlt er trockene Schröpfköpf auf die Nierengegend, heisse Luftbäder, Spirit. Juniperi innerlich u. s. w. Im Uebrigen hebt er hervor, dass jeder Krampf im Kindesalter gefährlich und daher sorgfältig zu behandeln sei. Voigt (Oeynhausen).

---

634) **E. Mackey:** Hysterial rapid breathing, simulating cardiac or diabetic dyspnoea. (Hysterische Schnellathmigkeit.) (Lancet Febr. 1883. Medical Record 2. Juni 1883.)

M. bespricht bei Gelegenheit eines Falles die differentielle Diagnose zwischen der hysterischen Schnellathmigkeit und der diabetischen Dyspnoë. Die hysterische, bei der 80 oder mehr Respirationen in der Minute bei einem Pulse von 60—80 erfolgten, erkenne man leicht aus den hysterischen Antecedentien; bei der diabetischen, die meist plötzlich und äusserst heftig auftrete, gehe trotz tiefer Inspirationen der Gaswechsel in der Lunge nicht von statten und folge gewöhnlich Bewusstlossigkeit resp. innerhalb 10—12 Stunden der Tod.

Voigt (Oeynhausen).

---

635) **L. Edinger** (Giessen): Vagusneurosen. (Sep.-Abdr. aus der Real-Encyclopaedie d. ges. Heilkde. von Eulenburg 1883.)

Zu einer einheitlichen Auffassung konnte Verf bei den so mannigfach variirenden Krankheitsbildern nicht gelangen. Es mussten in Folge der complicirten Zusammensetzung des 10 Nerven die verschiedenen Symptome in Einzelbildern, entsprechend den Erkrankungen einzelner und mehrerer Fasersysteme, gezeichnet werden. Die Vagussymptome bei Herz-, Lungen- und Unterleibsleiden sind an anderen Stellen der Encyclopaedie gelegentlich besprochen. Die klare Darstellung E.'s mit sachlicher Benutzung der reichhaltigen, zerstreuten Literatur beginnt mit einer kurzen Geschichte und Literatur der Vagusneurosen, woran sich Allgemeines über den Vagus beim Menschen anschliesst. Es wird mit Recht zur Vorsicht bei Uebertragung der Thierexperimente auf den Menschen gerathen.

Im Stamme des Vagus beim Menschen verlaufen:

1) Herzregulatorische Fasern, welche auf Reizung (Druck) Verlangsamung der Herzschlagfolge bis zum Stillstand und deren Unterbrechung Erhöhung der Pulszahl bedingt.

2) Vasomotorische Bahnen, über die sehr wenig bekannt ist.

3) Sensible Fasern, zur Schleimhaut der Pharynx, des Larynx, der Trachea und der Bronchien, und vielleicht zum Herzen ziehend.

4) Motorische Aeste, zur Pharynx- und Oesophagusmuskulatur und zu den Kehlkopfmuskeln verlaufend. Die motorische Innervation der normalen Magenbewegung durch Vagusbahnen scheint eine sehr wechselnde zu sein. Beweise dafür, dass beim Menschen der Vagus in Beziehung zur Motilität des Darmes, der Milz und der Blase steht, liegen sichere nicht vor.

Der folgende Abschnitt bespricht Allgemein Pathologisches und Aetiologisches über die Affection des N. Vagus. Sicher gestellt ist die Einwirkung des Diphtheritisgiftes auf die Erkrankung des Vagus, weniger sicher die des Typhusgiftes. Bei den toxischen Einwirkungen ist es noch nicht festgestellt, ob Vagusstamm, ob Vaguskern und damit verbundene Centren getroffen werden. Krankheitsprocesse der Umgebung erzeugen oft genug secundär eine Vaguserkrankung, wobei es sich allerdings häufig um Drucklähmung handelt. Die chirurgische Literatur weist eine Menge Verletzungen der Nerven auf. Aetiologisch dunkel sind die sogenannten functionellen Neurosen des Vagus.

Hierauf folgt die Symptomatologie, zunächst bei Erkrankungen einzelner Fasern. Anästhesie Hyperästhesie, Parästhesie und Neuralgie werden besprochen. Bei den Störungen der herzregulatorischen Fasern wird ein interessanter Fall von Huppert mitgetheilt. Ein unzweifelhafter Fall von reiner Störung der Fasern, die mit der Athmung in Beziehung stehen, ist bislang nicht beschrieben. Die Untersuchungen des Verf.'s und Riegel's haben dargethan, dass das Asthma bronchiale zum Theil durch Affectionen der Lungenfasern des Vagus bedingt ist. Die Störungen der rein motorischen Fasern ist früher unter Stimmbandlähmung, spasmus glottitis, Krampf des Oesophagus beschrieben. Dabei handelt es sich um Störungen in den Accessoriusbahnen, die im Vagus verlaufen. In Betreff Magen- und Darmperistaltik scheint nur sichergestellt, dass es rein nervöse Formen von Peristaltik gibt. Der folgende Abschnitt gilt der Symptomatologie bei Erkrankungen des Gesammtvagus oder mehrerer Faserarten auf einmal. Centrale Vagusaffection, die auf einer Erkrankung des bulbären Kernes beruhen, sind isolirt noch nicht beobachtet. Neuerdings haben Dejérine und Landouzy bei einem Tabiker, der an Crises laryngiques gelitten, Veränderungen an den Wurzeln und dem Kerne des Vagus gefunden. Acute Lungenblähung ist nach Hirnaffection noch nicht beschrieben, doch gibt Verf. eine kurze Mittheilung eines Falles des Dr. Klewitz in Giessen; exquisite Lungenblähung bei Anfällen von sehr beschleunigter Respiration und Puls (Apoplexie mit Lähmung der rechten Seite und des Facialis, Sprachstörung etc. 6 Monate später bei der Section wird eine gänseeigrosse Cyste im Corp. striat. und nucl. lentif. links gefunden). Der Fall ist aber nicht rein wegen Atherienatherom, Erweichung der Aorta und cor. bovinum. Periphere Vagusaffectionen sind viele beobachtet. Es folgen Fälle von Guttmann nach Diphtherie, von Winternitz ohne auffindbare

directe Ursache, von Tuczeck, der Lungenblähung ausser der Veränderung der Herzthätigkeit fand. Kredel schlägt vor, derartige Fälle von Angina pectoris und Asthma bronchiale als Asthma cardiacum zu bezeichnen. Auch Verf. glaubt, dass die Coincidenz von acuter Lungenblähung und Pulsbeschleunigung öfter vorkäme. Zweifellos periphere Vagusaffectionen sind bedingt durch Tumoren, Exsudate etc. an der Schädelbasis, die den Nerven bei seinem Austritt aus dem Gehirne comprimiren. Die Zahl der Fälle derartiger Vaguscompression ist eine grosse, allein nicht fruchtbringende für die Lehre von den Vagusneurosen. Auch die Symptome, welche Traumen des Vagus am Halse machen, sind sehr verschiendenartig. Für die Erkrankung des Vagus in der Brusthöhle stellt Verf. folgenden diagnostischen Satz auf: Ueberall, wo allmälig oder plötzlich sich eine ungewöhnlich hohe Pulsfrequenz anfallsweise oder dauernd ausbildet, die man durch die Temperaturverhältnisse oder dem Zustand des Herzens in keiner Weise erklären kann, ist man berechtigt, an Vaguserkrankung zu denken. Die Vermuthung wird sicherer, wenn gleichzeitig Stimmbandlähmung auftritt, sie wird noch gesicherter, wenn es gelingt, auch Symptome von Seiten der Lungenfasern des Vagus, namentlich acute Lungenblähung nachzuweisen. Gelingt es nicht, durch Digitalis die Pulsbeschleunigung zu beeinflussen, so ist das ebenfalls für die Diagnose verwerthbar. Die Symptome der Erkrankung der Vagusäste in der Bauchhöhle sind noch sehr unsicher und unbestimmt.

Goldstein (Aachen).

---

636) **Mc Cormack** (Bowling Green, N.-York): Double identity after trepanning. (Doppelte Identität nach Trepanation). (The medical Record 26. Mai 1883)

Ein 15 jähriger Mensch, der durch einen Hammerschlag auf den Kopf lange Zeit betäubt ist, befindet sich mehrere Wochen später ganz gesund, obgleich eine deutliche Knochendepression an der getroffenen Stelle vorhanden ist. Etwa 8 Jahre später stellten sich, ohne dass neue Schädlichkeiten eingewirkt hätten, erst Depressions- dann Erregungszustände des Gehirns ein, mit denen hochgradige Abmagerung einherging. Durch Trepanation erfolgte baldige Heilung. Merkwürdig war, dass der Kranke unmittelbar nach der Operation die Idee hatte, er sei soeben erst vom Hammerschlage aufgewacht resp. genesen; dementsprechend war ihm sein ganzes Leben seit dem Empfange des Schlages, seine Verheirathung, seine Umgebung, die Strassen etc. absolut unbekannt. Wie lange dies dauerte ist nicht gesagt.

Voigt (Oeynhausen).

---

637) **Mattison** (Brooklin N.-Y.): Opium addiction among medical men. (Morphiumsucht unter Medicinern.) (The med. Rec. 9. Juni 1883.)

M. bespricht die Gründe, warum die Morphiumsucht namentlich unter den Aerzten aller Länder so verbreitet sei. Hauptsächlich seien es nervöse Störungen (periodische Kopfschmerzen etc.), welche zur ersten Einspritzung verleiteten; damit sei aber in Folge ihrer angenehmen

Wirkung der kranke Arzt nicht unrettbar dem Morphinismus verfallen. Gelegentlich führe dazu auch die Sucht, an sich aus irgend welchen Gründen mit Morphium zu experimentiren (Anführung von Fällen). Schliesslich erzählt Verf. einige Fälle die er sämmtlich durch allmählige Entziehung des Morph. heilte; er sagt dabei, dass überhaupt ein jeder solcher Kranken zu heilen sei, der keine organischen Störungen und den festen Willen hat geheilt zu werden.

Voigt (Oeynhausen).

---

638) **Kirn** (Freiburg): Ueber Chloral-Psychosen. (Vortrag gehalten in der Freiburger Naturforscherversammlung.) (B. kl. W. 1883 Nro. 47.)

Der Verf. theilt eine Beobachtung mit, wo bei einem 35 jährigen stark neuropathisch belasteten Manne nach — in Folge von Asthma — fortgesetztem Chloral- (und Morphium!) Missbrauch eine plötzliche Entziehungscur angewendet wurde. Die betr. Dosen waren zuletzt: Chloral 8, Morph. 0.06 pro die, innerlich genommen; es hatte sich zuletzt ein Zustand ausgebildet, „welcher sich zunächst äusserte als unbestimmte Störung des Bewusstseins mit grosser Erregbarkeit, psychische und moralische Schwäche mit der Unfähigkeit dem deletären Gifte zu entsagen. Mit der Entziehung tritt alsbald ein Krankheitszustand ein, den wir seiner Form nach als hallucinatorische Verrücktheit mit depressiver Grundstimmung bezeichnen können." Heilung — bei fortgesetzer Abstinenz nach ca. 2 Monaten. — (Es ist auffallend, dass K. so wenig Gewicht auf das zugleich verabreichte Morphium legt. Die Symptome der beschriebenen Psychose haben grosse Aehnlichkeit mit den Erscheinungen der chron. Morphiumintoxication; ebenso gleichen die Abstinenzsymptome ziemlich genau dem von Levinstein beschriebenen „Delirium tremens der Morphiumsucht" zur Zeit der Abstinenz. Ref.) Langreuter (Dalldorf).

---

639) **W. Bechterew** (Petersburg): Die Bedeutung der pathologisch-anatomischen Veränderungen in der progressiven Paralyse der Irren bezüglich des Auftretens apoplectoider und epileptoider Anfälle.
(Arch. f. Psych. und Nervenkr. XIV. p. 552.)

Nachdem B. die verschiedenen Ansichten über das Wesen der paralytischen Anfälle aus der Literatur erörtert hat, verweilt er länger bei den Versuchen von Naunyn und Schreiber über Gehirndruck. Dieselben am Thiere angestellt, ergaben, dass eine Pression des Gehirns in gewisser Stärke bei normalem Druck im Gefässsystem in keinem äussern Symptom sich kundgiebt, dagegen bei gleichzeitiger Compression der Halsarterien (also bei Verminderung des Blutdrucks in den Hirnarterien) schwere Hirnsymptome hervorruft. Andrerseits ergeben Versuche mit Compression der Bauchaorta (wodurch Druckerhöhung in den Gehirngefässen erzielt wurde), dass die Symptome des Hirndrucks bei dieser Bedingung immer nachliessen. Also erwies sich *Verminderung* des Blutdruckes im Gehirn (Anämie) als ein im höchsten Grade günstiges Moment zur *Manifestation der Hirndrucksymptome*, während *Erhöhung* des Blutdrucks (Hyperämie) bedeutenderen Hirndruck verlangt, um schwere Symptome zum Ausdruck kommen zu

lassen. — Verf. benutzt diese Versuche um einen Theil der paralytischen Anfälle zu erklären, nämlich diejenigen, die offenbar mit Gehirnanämie, verursacht durch Relaxation der Körpergefässwände, einhergehen; — Durch die bei der progressiven Paralyse auftretende allgemeine Bindegewebswucherung im Gehirn werden Veränderungen erzeugt, die die freie Bewegung der cerebrospinalen Flüssigkeit beeinträchtigen. Solche Veränderungen sind: Verwachsung der weichen Hirnhäute, sowohl unter einander als mit der Hirnsubstanz, Verengerung des Aquäductus Sylvii und der Aperturae laterales ventr. quarti, schliesslich Verschmälerung des Lumens der lymphatischen Gefässräume. Der hierdurch erzeugte Gehirndruck wirkt Convulsionen etc. erregend, wenn zu gleicher Zeit Gehirnanämie vorhanden ist, wie sie häufig bei Paralytikern eintritt durch Erschlaffung der Körpergefässwände z. B. nach grossen Dosen Chloral, nach übermässiger Ermüdung etc.

Da es offenbar auch paralytische Anfälle giebt, die mit *Hirnhyperämie* einhergehen, genügt diese Erklärung nicht allein. B. nimmt deshalb an, dass bei hochgradiger Abflussbehinderung der cerebrospinalen Flüssigkeit und zugleich hochgradigem Blutdruck im Falle der Behinderung des venösen Abflusses (Obstipation etc.) der Gehirndruck so mächtig werden kann, dass — trotz Hyperämie — apoplectiforme Anfälle zu Stande kommen.

Die ausser diesen häufig im Verlauf der Paralyse auftretenden sogenannten epileptoiden Anfälle bringt B. in causalen Zusammenhang mit der Bildung von cystenartigen mit seröser Flüssigkeit gefüllten Säcken im Innern des Subarachnoidalraumes, die Verf. fast constant in Fällen von mit epileptoiden Anfällen verlaufenden Paralyse gefunden haben will, und zwar meistens in der Nachbarschaft der psychomotorischen Rindenregion. — Der hierdurch verursachte Druck bleibt latent so lange er mit dem Gesammthirndruck übereinstimmt, er wird aber manifest, wenn der Hirndruck durch Circulationsschwankungen etc. verändert wird. — Langreuter (Dalldorf).

---

640) **Everts**: Insanity in the United States. (The med. Rec. 14. Apr. 1883.)

Nach E. ist das Verhältniss der Zahl der Geisteskranken zu der Bevölkerungszahl in den Vereinigten Staaten geringer als in irgend einem anderen civilisirten Lande und würde noch geringer sein, wenn nur die *eingeborenen* Amerikaner in Betracht gezogen würden. Auch nimmt er an, dass eine unverhältnissmässige Zunahme der Zahl Geisteskranker in den Ver.-Staat. nicht stattfindet; und ebenso soll nach ihm Trunksucht bei den heutigen Nord-Amerikanern seltener vorkommen, als bei ihren Vorfahren, und auch seltener, als bei den heutigen Bewohnern Nord-Europas. Voigt (Oeynhausen).

---

641) **Ralph L. Parsons** (Greenmont on the Hudson, N.-York): Trial by Jury as a means of ascertaining the mental state of alleged lunatics and as a prerequisite to the seclusion of lunatics. (Das Verhör vor einer Jury als ein Mittel den Geisteszustand eines angeblichen Irren festzustellen und als eine Vorbedingung zur Absperrung von Irren.) (The medical Record 14. April 1883.)

P. spricht sich gegen ein in die New-Yorker Gesetzgebung ein-

geführtes oder bald einzuführendes Gesetz aus, nach welchem Niemand in ein Irrenhaus gebracht werden soll, der nicht von einer Jury dazu gleichsam verurtheilt worden sei. Die beiden Hauptgründe, die man gegen den bisherigen Usus der Einsperrung auf Grund eines ärztlichen Gutachtens anführe, dass nämlich einmal die persönliche, vom Gesetz garantirte Freiheit dadurch beschränkt werde, und dann, dass leicht geistig Gesunde in die Irrenanstalt gebracht werden könnten und wirklich gebracht würden — diese Gründe seien nicht ganz stichhaltig. Zudem aber würden durch solche richterlichen Verhöre und Aburtheilungen die Interessen vieler Geisteskranken geradezu geschädigt: theils weil viele Angehörigen in der Furcht vor jener Procedur versäumen würden, den betr. Kranken zur rechten Zeit in das Irrenhaus bringen zu lassen, theils weil viele leichtere Geisteskranke durch eine solche Aburtheilung sich auf's äusserste verletzt fühlen, vielleicht sogar in schädliche Erregungszustände versetzt werden würden.

Voigt (Oeynhausen).

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 12. November 1883.

642) Herr **Uthoff** stellte einen Fall von *Lähmung sämmtlicher Augenmuskeln nach leichter, ambulatorisch behandelter Rachendiphtherie* vor. Zuerst, fast zugleich mit der Primärerkrankung, war Lähmung des Gaumensegels aufgetreten, dann Accommodationsstörungen und schliesslich drei Monate nach den ersten Erscheinungen progressive Lähmung der Augenmuskeln, die 14 Tage lang vollständig war, dann langsam zurückging. Zur Zeit der Vorstellung ist nur noch Beschränkung der Bewegung nach oben zu constatiren. Daneben bestand Schwäche der Extremitäten, Fehlen des Kniephänomens, beides noch jetzt. Die Sensibilität war nie gestört. Vortr. fügt hinzu, dass Knapp einen ganz ähnlichen Fall nach Kohlenoxydvergiftung beobachtet hat.

Herr Westphal erwähnt im Anschlusse hieran, dass vier von den im Verein der deutschen Irrenärzte (cf. Referat d. Bl. S. 243) erwähnten Fällen zur Section kamen. In dreien habe er Atrophie der Augenmuskelnerven gefunden, der Oculomotorius sei in einem auf das Drittel seines Volumens, der Abducens und Trochlearis zu schwachen Fäden verdünnt gewesen, die Muskeln fettig entartet und blass.

In einem Falle fand sich bei intacten Nerven und Muskeln eine fleckweise graue Degeneration der Med. oblong. und des pons in Form von discreten grauen Plaques, die jedenfalls die Kerne der Augenmuskelnerven betrafen. Der *nämliche* Symptomencomplex sei demnach durch *verschiedene* Processe bedingt. Einen weiteren Bericht stellt Herr W. nach Beendigung der Untersuchung in Aussicht.

Herr Mendel hat ebenfalls eine totale Lähmung der Augenmuskeln nach Diphtherie beobachtet.

643) Herr **Moses** demonstrirt *das Gehirn und Rückenmark eines Tabischen mit hemiplegischen Erscheinungen.* Dieselben waren in einem späteren Stadium der Tabes in Form von rechtsseitiger Lähmung, linksseitiger Facialisparese, tiefem Koma aufgetreten und hatten sich nach kurzer Zeit erheblich, doch nicht vollkommen zurückgebildet. Am Rückenmark fand sich exquisite graue Degeneration der Hinterstränge, im Gehirn ein gelber Erweichungsherd im äusseren Segment des linken Linsenkernes.

644) Herr **Schütz:** *Ueber einen Fall vollständiger Anästhesie.* (Krankenvorstellung.) Der Patient erkrankte vor 4 Jahren mit heftigen anfallsweise auftretenden Zuckungen der Mm. recti abdom. ohne Bewusstseinsstörung, die später auch auf andere Muskelgruppen übergingen und dann auch das Bewusstsein trübten. Vor den Anfällen Angst und Ohrensausen, manchmal Gehörstäuschungen. Angstanfälle bestanden bereits vor dem ersten Auftreten der Krämpfe. Pat. gebrauchte gegen die Convulsionen Morphium, zuletzt in Dosen von $^1/_4$ Gr. Bei der Aufnahme in die Charité zeigte er unruhiges, ängstliches Wesen, dann Hallucinationen und Wahnideen, er sah sich von Studenten verfolgt, fürchtete vergiftet zu werden und bietet jetzt das Bild eines imbecillen hallucinatorisch Verrückten dar. Er zeigt jetzt *voltständige Anästhesie* bis auf einen kleinen Bezirk am rechten Ohre und die Dorsal- und Volarflächen der fünf Finger der rechten Hand. Die vom Vortr. angestellte Untersuchung ergiebt zur Evidenz die völlige Empfindungslosigkeit gegen alle Hautreize, das gänzliche Fehlen des Orts- und Muskelgefühls, während sich an den empfindenden Stellen die Sensibilität normal erweist.

Der Kranke regulirt seine Bewegungen nur mit den Augen, fällt bei geschlossenen Augen um, fühlt nicht, dass er gesetzt, auf den Boden gelegt wird, seine Arme bewegt werden, vorausgesetzt, dass von den empfindenden Theilen Reize ferngehalten werden. Beim Heben und Fallenlassen des rechten Armes fühlt Pat. nur, dass seine Finger die Kleider berühren, das active Aufheben des r. Armes bewerkstelligt er durch Herauf- und Herablassen am Körper, den linken Arm bewegt er minimal, während er ihn über den Kopf zu erheben glaubt: sämmtliche Bewegungen aber werden wahrgenommen und richtig ausgeführt, wenn Pat. sie *mit den Augen* verfolgen kann. Er geht sicher, indem er auf seine Füsse sieht. — Ausser dieser Anästhesie zeigt Pat. Einengung des Gesichtsfeldes bis auf wenige Grade ohne Herabsetzung der Sehschärfe, linksseitige Taubheit, linsseitigen Geruchs- und Geschmacksverlust.

Dieser Symptomencomplex besteht unverändert seit 4 Monaten. Vordem war die Anästhesie halbseitig, bald rechts, bald links, unbeeinflusst von den Krampfanfällen. Transfertversuche ergaben jedesmal prompte Resultate, oft schon nach $^1/_4$ stündiger Einwirkung der Magnete, auch die Taubheit wanderte auf die andere Seite, doch dauerte dies nie länger als einen Tag.

Herr Senator fragt, ob der Kranke das Symptom des Einschlafens bei Abschluss der noch empfindenden Organe gezeigt habe,

wie in dem von Strümpell veröffentlichten Falle, was der Vortr. verneint, da der vollkommene Abschluss hier zu schwierig sei.

645) Herr **Thomsen:** *Beziehungen des epileptischen Anfalles zur sensorischen Anästhesie.* Vortr. kommt auf Grund von perimetrischen Untersuchungen an 80 Epileptikern zu dem Resultat, dass transitorische Gesichtsfeldbeschränkung nicht nur bei Hysterischen sondern auch bei Epileptikern vorkomme und weist dies an vier eclatanten Fällen nach. Eine 24 jährige Hystero-epileptische, die zur Zeit der Untersuchung jedoch nur klassische epileptische Anfälle hatte, zeigte nach jedem Anfalle eine 24 Stunden andauernde allseitige Gesichtsfeldeinengung, später auch linksseitigen tic douloureux ohne sonstige Anästhesieen. Bei einer anderen Kranken zeigte sich dieselbe Erscheinung, nur traten die Anfälle so häufig auf, dass sie eine völlige Restitution des peripheren Sehens im Intervall nicht zu Stande kommen liessen. Der Fall bot noch das Besondere dar, dass die Kranke zugleich mit Auftreten der Anfälle *mit Sehfelddefect* Character und Stimmung änderte, während in späterer Zeit, zugleich mit Rückkehr zum psychischen Gleichgewicht das Sehfeld *normale* Ausdehnung gewann trotz fortdauernder Krampfanfälle. — In einem 4. Falle complicirte sich der Sehfeldefect nach epileptischem Anfall mit Störung des Muskelsinnes, der Kranke hatte kein Bewusstsein von der Lage seiner Glieder.

Als Bedingungen zum Zustandekommen dieses Symptomes glaubt Vortr. annehmen zu müssen, 1) den epileptischen Anfall, 2) ein mit ihm verbundenes hallucinatorisches Delir, 3) die „Aequivalente" des epileptischen Anfalles.

Die Einengung war stets allseitig, niemals in Form von Hemianopsie.

Dass als Sitz die Hirnrinde anzusehen sei, dafür spreche die jedesmalige Complication mit Beeinträchtigung der Stimmung, des Schlafes u. s. f., die wir der Hirnrinde zu vindiciren pflegen. Die Ursache sei wohl in Circulationsstörung zu suchen.

Matusch (Dalldorf).

II. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 28. Novbr. 1883.

646) Herr **Henoch:** *Ueber Chorea.*

Vortragender erwähnt zunächst, dass — wie er auch schon früher betont — die Chorea bei Kindern unter 6 Jahren eine grosse Seltenheit sei; er habe im Verlauf des letzten Jahres nur 4 Fälle beobachtet. Davon seien nur 2 wirkliche *Chorea minor* gewesen. Bei den beiden andern Fällen sei das characteristische Symptom, nämlich die krankhaften *Bewegungen bei der Intention* nicht vorhanden gewesen, vielmehr *konnten* die Knaben die Bewegungen zügeln. Die sog. choreatischen Bewegungen machten nicht allein das Bild der Chorea aus, vielmehr würde gerade dadurch die verschiedenartigsten Zustände zusammengeworfen. — H. geht dann zu der von ihm bereits vor 20 Jahren benannten *„Chorea electrica"* über, bestehend in kurzen, blitzartigen

Zuckungen, wie durch den Inductionsstrom hervorgerufen, besonders in Kopf- und Nackenmusculatur, aber auch in andern Gebieten; dabei sei die Sprache meistens für den Moment aufgehoben. Er habe auch in neuerer Zeit wieder 3—4 Fälle gesehen, auch seien seine Beobachtungen von anderen (Trousseau etc.) bestätigt worden. Diese Chorea electrica komme häufig mit den gewöhnlichen choreatischen Bewegungen combinirt vor. — Vortr. erwähnt jetzt mehrere Einzelbeobachtungen von meist *partieller Chorea*, darunter einen Fall, wo während einer Meningitis tuberculosa die linke Körperhälfte vollständig normal war, während der rechte Arm und das r. Bein choreatische Bewegungen zeigten. Bei der Section fand sich ein haselnussgrosser Tuberkel im l. Thalamus opticus. Aehnliche Krankheitserscheinungen habe er aber auch bei allgemeiner Meningit. tuberculos. *ohne* Lokalisation, gesehen; andrerseits aber auch isolirte Tuberkel ohne choreatische Bewegungen. Letztere seien ausserdem bei verschiedenen anderen patholog.-anatom. Befunden in Hirn- und Rückenmark beobachtet. Man müsse es daher bei blos partiellen Bewegungen mit der Diagnose „Chorea" *sehr ernst nehmen.*

Von der jetzt zur Sprache kommenden *Chorea hysterica*, die Vortr. im Kindesalter für sehr selten hält, theilt er folgenden neuerdings von ihm beobachteten Fall mit: Bei einem 11 jährigen Mädchen traten nach einem Fall von der Treppe im J. 1878 choreatische Bewegungen des linken Facialisgebiets, des l. Arms und der l. Schulter auf. Dieselben dauerten bis Novbr. 1882 fort. Es bestand damals auch linksseitige Hemianästhesie, die bei electrocutaner Reizung nach rechts übersprang (Transfert). Nach mehrwöchentlicher electrischer Behandlung wurde scheinbare Heilung erzielt, doch war nach einem Jahre der alte Zustand (mit Ausnahme der Hemianästhesie) wiedergekehrt. Ausserdem bestand jetzt Schwäche in den Beinen.

Bei der eigentlichen reinen Form, der *classischen Chorea minor* der Kinder, fährt H. fort, kämen keine Paralysen- und Sensibilitätsstörungen vor. Dieselbe sei eine allgemeine und ginge fast immer in Heilung über. — Mit ihr hätte noch am meisten Aehnlichkeit die *Chorea gravidarum.*

Verf. bespricht jetzt den eventuellen Ursprung der eingenthümlichen *choreatischen Bewegungen*, die allen erwähnten Formen gemeinsam seien, und verlegt ihn mit grosser Wahrscheinlichkeit in das *Gehirn.* Die früher angenommene Betheiligung des Rückenmarkes würde heutzutage wenig mehr geglaubt. Für das Gehirn spräche Folgendes: Die Wirkung des *Chlorals* bei Chorea, die oft gleichzeitige *Veränderung der Psyche,* die *Theilnahme des Nervus facialis,* das Factum der *Hemichorea* und die häufige *psychische Ursache.* Unter letzteren habe er *Schreck* sehr oft registriren können.

Nach Ansicht des Vortragenden handelt es sich bei Chorea um die *Reizung* eines allerdings hypothetischen *Coordinationscentrums.* Diese Reizung wird durch verschiedene Umstände bewirkt.

1. Durch *materielle Ursachen* (anatomische Veränderungen).
2. Durch *dynamische* Reize, d. i. *psychische* und *Reflex-Reize.*

Letztere sind im Kindesalter seltener als im Allgem. angenommen wird. So ist die Helminthiasis mit Unrecht als Chorea-Ursache beschuldigt. — Dagegen ist dahin die Chorea gravidarum zu rechnen.

3. Durch *Blutveränderung* — wie sie auftritt z. B. bei *Anämie*, nach *Infectionskrankheiten.*

4. Eine Sonderstellung nimmt der *Gelenkrheumatismus* ein, der nach Ansicht des Redners häufig Chorea im Gefolge hat. Redner hält die Embolie-Theorie für undiscutirbar, ebenso sei es unwahrscheinlich, dass die Ursache von einer gleichzeitigen Herzveränderung ausginge oder durch Reflex von den Gelenken aus hervorgerufen würde; vielmehr glaubt er, dass der „rheumatische Process selber“ die Veranlassung zu der gelegentlich auftretenden Chorea abgäbe, gleichviel ob man ihn nun als bacteriellen auffassen wolle, oder nicht.

Herr Remak pflichtet dem Vorredner bei, dass man die verschiedenen Formen der Chorea entschieden auseinanderhalten müsse. Er selbst würde unterscheiden:

1. Die gewöhnl. Form der *Chorea minor der Kinder.*

2. Die *Chorea gravidarum.*

3. Die *symptomatische Chorea,* meistens Folge von Herderkrankungen. —

Bei der gewöhnlichen Chorea habe auch er nie Anästhesien und Paralysen gesehen, dagegen haufig bei der symptomatischen Form. Die halbseitige Chorea spreche entschieden für Gehirnursprung, er (Remak) habe einmal auf der Seite der Bewegungen die Pupille erweitert gefunden. Betreffs der Aetiologie müsse auch er den Schreck erwähnen. — Die *hysterische Chorea* unterscheide sich durch die Periodicität der Bewegungen. — Redner erwähnt schliesslich die *Chorea electrica.* Er halte den Namen, trotzdem er 20 Jahre bestände, nicht für angebracht und zwar besonders weil die hier auftretenden Zuckungen keine coordinirte Bewegungen seien. Er glaube deshalb, dass sie mit Chorea nichts gemein hätten und in das wenig erforschte Gebiet der rhytmischen Zuckungen clonischer Art verwiesen werden müssten. —

Herr Eulenburg schliesst sich im Allgem. Remak an. Er glaubt, dass sehr verschiedene Krankheitszustände unter Chorea electrica fallen. Auch er halte es für falsch die Ursache der choreatischen Bewegungen im Rückenmark zu suchen. Vielmehr spräche Alles für das Gehirn. Allerdings müsse man vor der Hand auf genaue Bestimmung des Sitzes verzichten, ebenso wie z. B. die Lokalisation der Epilepsie nicht möglich sei. — Nachdem Redner noch einige Bemerkungen über die hysterische Chorea gemacht hat, erwähnt Herr Ewald zwei Fälle seiner Praxis wo bei 2 Frauen in den 30er und 50er Jahren eigenthümliche choreatische Bewegungen der Extremitäten eingetreten seien (Beugungen, Streckungen etc.). In der Ascendenz beider Kranken habe dieselbe Störung früher bestanden.

Schliesslich erklärt Herr Henoch, dass er gern bereit sei, den Namen „Chorea electrica“ fallen zu lassen, sobald Herr Remak einen besseren Ausdruck dafür vorschlüge.

Langreuter (Dalldorf).

Inhaltsverzeichniss.

Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.

Abadie 270.
Abducenskern, Tuberkel 151.
Abstinenzerscheinungen bei Morphiumentziehung 209.
Absynthvergiftung 320.
Acetal 122, 357, 492.
Acusticus, Durchschneid. 22, 177.
Acusticus-Kern, äusserer 294.
Adam 476.
Adamkiewicz 59, 219.
Addison'sche Krankheit 299.
Agoraphobie 467.
Alcoholismus 114.
Alcoholparalyse 516.
Alcoholpsychose 477.
Alcoholvergiftung 320.
Aldehyd 549.
Alexander 370.
Allocheirie 358.
Altana 152.
Althaus 1.
Amadei 17, 400, 401, 402.
Amaurosis saturn. 256.
Amblyopie 323.
Amonshorn 150, 219.
Anämie, acute 320.
Anästhesie durch Galvan. 281, 478.
Anaesthie, complete 565.
Andrews 527.
Anorexie, hyster. 207; nervöse 207.
Apepsie, hyster. 207.
Aphasie 9; atact. 58; sensor. 220, 325; bei Typhus 431, 439.
Aphthongie 102.
Apoplexie 272.
Argentum nitricum 198.
Arndt 249.
Arnoldow 158.
Arsenik 207.
Arterienfurchen im Schädel 392.
Arteriensyphilis 343, 358.
Arterienthrombose 220, 296, 358.
Asphyxie, locale 438; symetr. 227.
Ataxie, heredit. 11, 12; spasmod. 394; locom. 479; stat. 390; locom. progress. 191; bei Kindern 266, 385.
Athetose 106, 154.
Athmung, bei Geisteskranken 159.
Atrophie, diphtherit. 61.
Atropin 200.
Augen, Circulation in dens. 76.
Augenmuskel, Centren 316; Lähmung aller 243, 564.
Aurum bromatum 207.
Autonomasie 431.
Axencylinder, Structur derselben 467.

Bäder, hydroelectr. 371; permanente 260.
Baginski 148, 556.
Baierlacher 419.
Baillarger 426, 436.
Ball 166.
Ballet 190, 324, 538.
v. Bamberger 141.
Basedow'sche Krankheit 221.
Basis cranii, fractur 56.
Bäumler 453.
Beaunis 341.
Bechterew 16, 22, 116, 118, 177, 211, 284, 316, 433, 519, 562.
Bécoulet 428.
Belfield 53.
Bell 271.
Bender 131.
Benedikt 364, 394, 401.
Bennet 60, 84, 111, 300.
Berger O. 492.
Bergetio 17.
Beri-beri 418.
Berkhan 421.
Berlin 463.
Bernhardt M. 49, 72, 137, 457, 485.
Bert 140, 334.

Bertillon 166.
Bewegungen, localisirte 190.
Bewusstsein, doppeltes 428, 561.
Beyer 6.
Biante 425.
Billod 455.
Binswanger 247.
Binauriculäres Hören 21.
Blödsinn 234, 444.
Blumer 91.
Blutgefässe im R.-M. 59.
Bochefontaine 21, 128, 141, 290.
Böcke 311.
Bókai 143.
Bonatti 157.
Bonfigli 183.
Bonnafond 22.
Bonnaire 542.
Bordier 283.
Bouchut 494.
Bourneville 260, 542.
Bourdin 431, 439.
Bourdon 336.
Bovin 157.
Brandeis 557.
Bricon 206, 260.
Brill 40.
Brodens 191.
Bromaethyl 492.
Bromkalium 476, 493 bei Diabet.
Brown-Séquard 166, 189, 280, 281, 333.
Brückenerkrankung 355.
Brunet 457.
Bruth 137, 276.
Buccola 150, 307, 402, 510.
Bucke 129.
Bulbärparalyse 380.
Bulbärerkrankung, syphil. 13.
Burcq 478.
Burger 299.
Burkart 232.
Burton 512.

Cahn 61.
Calamus scriptorius 282.
Camuset 427, 428, 440, 475.
Cardialgie 494.
Carotidencompression 95.
Caspari 481.
Cavum tympani 311.
Centren, vasomotor. 281.
Cerebrale Hemiplegie 153.
Cervello 513.
Cery (Bericht) 430.
Challand 430.
Chantemesse 255.
Charcot 65, 139, 469, 496.
Chassiotis 467.
Chayne-Stockes'sches Phänomen 224.
Chiasma nerv. opt. 34; Discission desselb. 56.
Chorea 271, 566.
Chorda tympani, Verlauf ders. 103.
Chloralhydrat 157, 197, 305, 374.
Chloralpsychosen 477, 562.
Chloroformisation 334.
Chloroforminjection 326.
Chloroformpsychose 210.
Christian 431, 437.
Churton 511.
Chvostek 129.
Cinchonin 138.
Clauss 158.
Coffein 466.
Cohn 138.
Commotio cerebri 496; und spinal. 58.
Congestiver Kopfschmerz 95.
Coniin bei Manie 374.
Conservirung von Gehirnen 249.
Constante Batterie 73.
Convulsionen bei Kindern 558.
Coordinationsstörung, acute 345; im Kindesalter 385.
Corning 95.
Corpus restiforme 294.
Corpus striatum, Bedeutung dess. 7.
Corso 461.
Couty 140.
Cris hydrocephaliques 478.
Crothers 223, 423, 424.
Cullerre 426.
Curare 199.
Curschmann 333.

Dagonet 427, 428, 455.
Dana 512.
Dange 207.
Danillo 315, 320, 392, 395, 403, 536.
Daremberg 478.
Dastre 281, 282, 478.
Debio 99.
Debove 479.
Degeneration, secundäre 355, 484, 486.
Dehio 394.
Dejerine 469.
Delirien 137; intermittirende 429.
Delirium tremens 158; alcohol. 426; acut. 427.
Dembo 189, 190, 317.
Dementia paralyt., siehe Paralyse, allg. progress.
Desnos 479.
Dessau 558.
Deutschmann 364, 369.
Diabetes 493; insip. 177.
Dipsomanie 114.

Dochmann 83, 326.
Dörr 516.
Dogiel 548, 549.
Dontrebente 429.
Dreyfouss 220.
Drozda 9.
Drousik 313.
Dubay 14.
Dubois 488.
Dujardin-Beaumetz 396, 479, 493.
Dumenil 495.
Dumontpallier 166.
Dupuy 21.
Dura, Psammom 9; Neurom. 54; abnorme Sinus 151.
Durst 317.
Duterque 436.
Duval 219.
Dynamometrie 205.
Dyslexie 463.
Dyspepsia nervosa 61, 136.
Dypnoe, hyster. 271.
Dyspnoe hyster. u. diabet. 559.

Eclampsie, puerperale 512.
Edelmann's Einheitsgalvanometer 70.
Edinger 414, 559.
Ehe bei Neuropathischen 306.
Ehescheidung 166, 454, 455.
Einzelhaft, bei Psychosen 211.
Eisenlohr 186, 331.
Electrodiagnostik 60, 300.
Electricität, statische 169, 477, bei Psychosen 274.
Electrotherapie 106, 109, 111.
Electrisation, allgemeine 301.
Eelectrische Reize, Summation ders. 556.
Ellero 156.
Embolie der art. foss. Sylv. 9, 10.
Emminghaus 443, 444.
Emotive Zustände 426.
Encephalitis congenita 498.
Encephalocele 358.
Encephalopatie 256.
Entartung, psychische 449.
Enteralgie 419.
Entladung, nervöse 60.
Entwicklungsmängel, geistige 234.
Epilepsie, Therapie 14; peripbere 143; Ammonshorn 150; 156, 206, 207, 242, 260; corticale 237, 347, 378, 419, 421; Gehirnbefund 422, 544; reflector. 471; Pathogenese 518; Jackson'sche 333; Schädel 400; trepan. 359, 360, 434, 451; sens. Anaesthesie 566.
Epileptische Schulkinder, Fürsorge für 113.
Erb 106, 453, 468, 477.
Erbliche Uebertragung 21.
Erlenmeyer 193, 213, 302, 385.
Erlitzki 219, 393.
Ermüdung der Nerven 549.
Ernährung, künstliche 116.
Eröss 220, 223.
Erregbarkeit, abnorme 137; des Gehirns 392; der Nerven 177.
Eulenburg 90, 371, 568.
Everts 563.
Ewald 472.
Extractum Piscidiae 466.
Extract. secal. cornuti 157, 200, 466.

Fabre de Parrel 436.
Facialislähmung 133.
Falk 311.
Faludy 222.
Familien, nervöse 513.
Faradisation bei Einklemmung 158.
Farben, Association derselben mit Worten 258.
Farbenblindheit 40.
Fehlschlucken 394.
Féré 12, 189, 207, 208, 469, 546.
Feris 479.
Ferris 375.
Fieberdelir bei Irren 431.
Flatten 179.
Fliess 375.
Flietner 153.
Folie à double forme 429, 438.
le Fort 335.
Foville 427, 428, 437.
Frank 256, 334.
Freusberg 250.
Fritsch 309.
Frontalhöcker 283.
Fühlsphäre, Localisation 103.
Funiculus solitarius 70.
Fürstner 348, 490.

Gaglio 203.
Galezowski 333.
Gallensäure 251.
Galvanische Ströme, Messung 347; Anwendung 373.
Ganghofner 102, 133.
Ganglion cervicale supr. 52.
Gangrän, symmetr. 224.
Garel 15.
Gastralgie 419.
Gauster 449.
Gedächtnissverlust, plötzl. 271.
Gefässnerven und Oedema 537.
Gefässnervencentren 556.

Gehirn- abscess 54, 370, 422.
„ anatomie 54, 463, 165.
„ atrophie 336.
„ blutung 141, 310, 333, 427.
„ function 281.
„ gewicht, specif. 115.
„ hyperämie 137.
„ krankheit, diff. Diagn. 81; nach Ohrenerkr. 527.
„ lähmung 328.
„ temperatur 461.
„ verletzung 131, 140 (corticale).
Gehörschnecke, physiologie 556.
Geisteskranke, Aufnahme in Anstalten 563.
Geisteskrankheit in America (Statist.) 563.
Gelenkaffection bei Tab. dors. 469.
Gelenkneurosen 300.
Gelenkschwellung, intermittirende 103.
Géllé 21, 141.
Genitalleiden und Psychosen 404.
Gerichtl. Medicin und Entomologie 281.
Geruchsempfindung 149, 150.
Geschirre, unzerbrechl. für Irren 240.
Gesichtssinn 255.
Gesichtsatrophie, doppelseit. 501, 520, 547.
Giacomini 147.
Giampietro 467.
Gibney 80, 527.
Gill 69.
Girand 474.
Glax 61.
Gleichgewichtsstörungen 22, 311.
Gnauck 47, 311.
Godner 318.
Goldstein 362.
Gorleinsky 177.
Grasset 323, 325.
Graue Commissur 148.
Gray 105, 165.
Greidenberg 154.
Gross 558.
Grosshirnrinde, abscess 369; Physiol. 294.
Grützner 34.
Gudendorf 319.
Gugl 492.
Guillot 326.
Günther 345.
Gürtelgefühl 470.
Gürtler 297.
Gutachten 18, 43, 69, 277, 279, 352, 353.
Gynäcolog. Behandl. bei Irren 306, 349.
Gyrus sigmoideus 21.
Gymnastik, electrische 232.

Hackenbändchen 147.
Halla 254.
Hallucinationen, Localisation 376; epileptiforme 305; einseitige 432; bilaterale 496.
Hamilton 463.
Hammond 11, 94, 106, 165, 358, 402.
Hartings 21.
Hartmann 104.
v. Hasner 258.
Hastreiter 227.
Haut, Ernährungsstörung ders. 537; Affection bei Tabes dors. 324, 496; Empfindlichkeit gegen Electr. 25, 72; Reflexe 204; Localisation der Empfindung 435.
Hautnerven, Degenerat. 469.
Hayes 557.
Hebold 182.
d'Heilly 255.
Heilung langjähriger Psychosen 311.
Heller 453.
Hemianästhesie, hyster. 416, 466.
Hemianopsie, homonyme bilat. 179, 323; binocul. 181.
Hemiathetose 102.
Hemiatrophia progressiva 537; facialis 49.
Hemichorea 205.
Hemiopia heteronyma lat. 47.
Hemiplegia cerebral. traum. 237.
Hemisphären, Unabhängigkeit von einander 166; Gewichts-Differenz 203.
Henoch 566.
Henrot 496.
v. d. Herberg 67.
Herz, Krankheit acute bei Tabes 358; Innervation 548; Neurosen 300; Thätigkeit 251; Veränd. nach Vergiftung 549; Lähmung 289.
Heuschen 537.
Hirnfurchen 552;
„ Windungen 552;
„ Rinde, Reaction auf Electr. 536; Erkrankung 344.
Hirnnervenlähmung, multiple halbseit. 141.
Hirschberg 47.
Hochhalt 101, 343.
Högges 164.
Höhlenbildung, spinale 490; cerebrale 511.
Hörcentren 554.
Hörsphäre 519.
Höstermann 277.
Hodennerven, Endigung 6.
Holländer 139.
Holst 135.
Holt 511.
v. Hüttenbrenner 54.
Hughes 233, 350, 373.
Hughlings-Jackson 8.

Hurd 91, 143.
Hydrencephalocele cerebelli 102.
Hydrargyrum cyanatum 333.
Hydrocephalus 368.
Hydrops ventric cerebri 297.
Hydrophobie, Vortäuschung 513.
Hyoscyamin amorph. 143; crystall. pur. 201.
Hypoglossuskrampf 471.
Hypnotismus 21, 65, 139, 157, 297, 329.
Hysterie 15, 326, 376, 401, 437, 451.
Hysterie bei Kindern 414.
Hysterische Lähmung 84.
Hystero-Epilepsie 208, 544.
Hystero-Katalepsie 473.

Jänike 294.
Janeway 81.
Jankversky 537.
Jastrowitz 500.
Ichtyosis 324.
Idiotie 239, 542.
Jendrasik 376.
Innervation collaterale 336, vasomotor. 478.
Instinkt 165;
Intervalla lucida 402.
Intercostalneuralgie 494.
Johnson 270.
Johnstone 130, 152.
Jolly 454, 477.
de Jonge 178, 471.
Ireland 329.
Iriscentrum, Localis. 116, 366.
Irrenanstalten 212, 276. (England.)
Irrengesetz in Amerika 263. 441.
Irrenwesen 213.
Irresein, heredit. degen. 18; periodisches 91, 143; impulsives 309, 517; inducirtes 352; circuläres 477; postscarlatinöses 164; transitor. 492; alcohol. 451; Diabetes 375.
Irsai 405.
Ischias 270.
Isenschmidt 104.
Iwanschin 317.

Kádár 308.
Kahler 252, 259.
Kalium bromatum 198.
Karewsky 471.
Katatonie 66, 349, 529.
Keratitis, neuroparalytica 259.
Kerlin 421.
Kernig 45.
Kétli 344.
Kiernan 349, 374, 395, 513.
Kinder und Unmündige 443.
Kinderlähmung 466.
King 8.
Kirchhoff 202, 261.
Kirn 273, 446, 477, 562.
Klausner 293.
Klein 135.
Kleinhirnfunction 148.
Kleinhirntumoren 101, 297, 511.
Klewitz 559.
Klingsburg 422.
Klinkenberg 410.
Kniephänomen siehe Patelarreflex.
Knochenbrüche bei Irren 493.
Knochenkrankheit bei Tabes dors. 469.
Köbner 73.
Körpergleichgewicht 177.
Kohlendunstvergiftung 494.
Kohlensäure-Anaesthesie 166.
Konrád 66, 380, 404.
Kopfschmerz, congestiver 95; catarrhalischer 557.
Kopftetanus 270.
Kortum 239.
Kowalewski 52, 553.
Krämpfe bei Hirntumor 8; nach Nasenleiden 104.
Kraepelin 38, 149.
Krankheitsbewusstsein 91.
Kretin 166.
v. Krafft-Ebing 43, 69, 262, 277, 279, 352, 451, 492.
Kronecker 556.
Kühn 305.

Labbé 151.
Labio-glosso-pharyngeallähmung 40.
Laborde 282.
Landau L. 416.
Lange 227, 329.
Langer 130, 224.
Langreuter 241, 357.
Lähmung, hyster. 84.
Lähmung nach Impfung 558.
Laffont 140.
Lafitte 430.
de Lamaestre 436.
Laryngeal vertigo 165.
Laschkewicz 297.
Lasègue 114.
Laufenauer 15, 237, 379.
Leber 368.
Lechner 234, 376.
Legrand du Saulle 456.
Lehmann 300.
Lehmann G. 354.
Leidesdorf 272.

Leisrink 62.
Lendenlordose paralyt. 130.
Lenharts 345.
Leo 359.
Lessing (Biographie) 380.
Leudet 494, 495.
Leven 21, 141.
Levillain 207.
Levin 545.
Levis 466.
Leyden 85, 296.
Lichtenberg 56.
Lichtheim 452.
Liebermeister 453.
Liebreich 500.
Linnell 181.
Linsenkern 52, 248; Erweichungsherd 565.
Lisso 103.
Localisation in der Rinde 128, 296, 364.
Löwenthal 484.
Löwi 251.
Lucida intervalla 402.
Lügen der Kinder 439.
Lunier 456.
Luys 454, 555.
Lymphgefässe, Nerveneinfluss auf 140.

Mac Aldowie 467.
Mackenzie 462.
Mackey 271, 559.
Madigan 375, 514.
Mäurer 102.
Magnan 335, 347, 496.
Magnet 207, 260.
Mal perforant 437.
Mann 422.
Marandon 439.
Marchand 139.
Marchi 509.
Marie 221.
Marmé 209.
Martineau 479.
Masern, Urs. von Psychose 514.
Massage bei Neurasthenie 232, 247, 271.
Massalitinow 158.
Mattei 203.
Mattison 561.
Matusch 241.
McCormack 561.
Mckay 527.
Meerenberg (Bericht) 476.
Medulla oblong., Tumor 178.
Megalomanie 428.
Mégnin 281.
Melancholia attonita 16, 426, 475.
Melchior 63.
Mendel 70, 236, 239, 249, 311, 477.
Mendelsohn 315.
Menièr'sche Krankheit 56, 312, 467.
Meningitis, acuta 45; tuberculosa 47, 48, 190, 481; basilaris 369; cerebrospin. 222.
Menstruation u. Psychosen 403.
Mercier 60.
Metallotherapie 15, 478.
Methylenchlorid 335.
ter Meulen 153.
Meynert 248.
Mickle 68, 474.
Mierzejewski 54, 393.
Mikrocephalie 152.
Millet 473.
Minor 7.
Möbius 25, 96, 97, 217, 337, 513, 538.
Moeli 355, 182, 250, 310.
Mörderschädel 401.
Moldenhauer 149.
Molet 456.
v. Monakow 294, 477.
Moos 477.
Morat 281.
Moral insanity 139, 350, 351, 517.
Morphiumsucht 209, 232, 253, 302, 545, 546, 561, 562.
Morphiumwirkung 289.
Morselli 17, 115, 402, 157.
Moses 565.
Müller, Colomann 136.
Müller, C. W. 419, 470, 558.
Myelitis toxica 7; syphil. 405.
Myocarditis 289.
Munk 554.
Muskelatrophie progr. 130, 137, 345, 452.
Muskel-Zuckungscurve 414.
Muskelthätigkeit, Periocidität ders. 551.

Nahrungsverweigerung 475.
Navratil 54, 434.
Nebennieren 299.
Nelson 368.
Nervencaliber 293.
Nervencentren, Hemmung 280.
Nervendehnung 62, 63, 63, 104, 105, 106, 231, 270, 395, 395.
Nervenendapparat im Dünndarm 202.
Nervenermüdung 549.
Nervendruck 395.
Nervenhistologie 319.
Nervenkrankheiten, Therapie 396.
Nervennath 152, 327, 552.
Nerventhätigkeit, Periodicität ders. 551.
Nervenverletzung 299.

Nervus acusticus, structur 219.
„ opticus, Faserverlauf 180.
„ ulnaris 495.
Neuendorf 505, 529.
Neumann 164, 493.
Neurasthenie 97, 233; 247, 331, 347, 492, 512.
Neuroglia 202, 341.
Neurectomie (Trigem.) 558.
Neuritis, multiple 477, 488, 490; dissem. acute 411.
Neurose, schwere 132; vasomotor. 227, 230; hyster. 376.
Nichol 143.
Nicoladoni 231.
Nicolaides 466, 556.
Nieden 56.
Nitroglycerin 492.
No-Restraint 428.
Nothnagel 185.
Nutritionsstörung des Gehirns 234.

Obalinski 14.
Obersteiner 145, 158, 302.
Oblongataaffection 342.
Oculomotoriuslähmung 258.
Oeffnungserregung, electr. 34.
Oeynhausen (Bericht) 545.
Ohrenklingen 467.
Ohrdeformität bei Verbrechern 283.
Ohrerkrankung und Gesichtssinn 255.
Ohrtermometrie 153.
Ollivier 496.
Onodi 340.
Ophthalmia neuroparalytica 103, 135.
Ophthalmoscopie bei Irren 250.
Orlandos 466.
Ormerod 60, 469.
Ortssinn 510.
Oschanski 151, 190, 392.
Othaematom 425.
Ott 38.
Ovariotomie 416.
Oxydimorphin 209.

Page 160.
Paraldehyd 17, 157, 357, 492, 513.
Paralyse, allgem. fortschr. 15 (secundäre); 67, 68, 404 (bei Traumen); 68, 426 (Pathol.) 307 (Pupillen); 236, 245, 562 (patholog. Anat.); 475 (Remission); 430, 475 (à double forme); 329 (Aetiol.) 436, 437, 440.
Paralyse, aufsteigende atrophische 491.
Paralysis agitans 193, 297, 472, 473.
Paranoia, secund. 239, 310.
Parant 473.
Paris 475.
Parsons 563.
Paster 418.
Patellarreflexe 153, 154, 185, 204, 217, 257, 346, 395, 462.
Peeters 473.
Pelizaeus 185.
Pellagra 154, 183, 347.
Pelmann 103.
Peretti 306.
Perverser Sexualtrieb 91, 186, 375.
Perforirendes Fussgeschwür bei Tabes dors. 91.
Permanente Bäder 260.
Petrone 466.
Petrucci 438.
Pick 91.
Pierson 269.
Pilocarpin 207.
Piperidin 375.
Piqure 282.
Pitres 205, 219, 333.
Plexus choreoid. Lipom. 145.
Plexus solaris 20, 141.
Poliomyelitis anterior 84, 223 (subacut.) 527 (infant.)
Pollák 380.
Polyneuritis acuta 269.
Ponstuberkel 140.
Ponshypertrophie 342.
Pooley 558.
Poore 462.
Pons 438.
Pospelar 537.
Popow 7.
Processus odont. Luxation 81.
Progressive Muskelatrophie 94.
Proteus anguineus 293.
Pseudo-bulbärparalyse 40.
„ sclerose (Westphal) 321.
„ hypertrophie der Muskeln 60, 142, 453.
Psychiatrie, Lehrbuch 262; der Gegenwart 553.
Psychische Vorgänge 38, 149.
Psychose, der Kinder 138; epilept. 308; postfebrile 273; sympath. 348, 438 (Wurm); einfache 446; und Carcinom 505; nach Masern 514; nach hoher Temperatur 514.
Puls bei Geisteskranken 158, 159.
Pupillenerweiterung, Zeit der 307.
Pupillen bei Geisteskranken 182.
Pupillen bei Greisen 337.
Pupillenverengerung 316.
Pyridine 190.

Quain 64.
Quinquaud 478.

Rabow 186.
Rabuteau 324.
Ragosin 159.
Railway-spine 160.
Ranke 63.
Ranvier 202.
Ranet 493.
Raumsinn 410.
Rawa 550, 552.
Raymond 220.
Rayner 212.
Reactionszeit psychische 510.
Recurrenslähmung 60, 256, 394.
Reed 262.
Redard 281.
Reflexe, depressor. 53.
Reflexerregbarkeit 153.
Reflexepilepsie 19.
Reflextaubheit 141.
Reflexometer 395.
Regis 431.
Rehm 81.
Reinhard 260, 331.
Reisinger 296.
Remak 41, 70, 416, 471, 568.
Reverchon 425.
Rey 436, 437, 475.
Reynauld 335.
Richelot 336.
Richet 21, 281.
Richter 203, 249, 310.
Riegel 414.
Riedel 299.
Rindenatrophie experim. 477.
Rindenepilepsie 81, 237,
Ritti 438.
Riva 67, 116.
Robertson 277.
Rogers 138.
Róna 205, 230.
Rolando'sche Furche, Varietäten 509.
Rosenbach 323, 518.
Roos 40.
Rossbach 109.
Roth 52, 411.
Rousseau 426, 439.
Rovighi 156.
Rückenmark, Compression 80, 252; Erregbarkeit 173, 486; Läsion 219; Tumor 219.
Rumpf 90, 410,
Runeberg 289.

Sachverständige in foro 164.
Saegerkrampf 462.
Sakaki 251.
Salami-Pace 347.
Sander 251.
Santini 156.
Savage 68, 271, 272, 306, 476.
Saweljew 158.
Schädel, Trepanation 14; Form 313; Capacität bei Irren 17, 401; Verletzung 58, 271, 438.
Schaltorgane 368.
Schenkl 258.
Schiff 173, 486.
Schlaf, anästhet. 282.
Schlager 441.
Schleifenblatt, vorderes 249.
Schlier 328
Schmidt H. D, 39.
Schnitzler 256.
Schoenfeld 463.
Schramm 327.
Schreiber 378, 379.
Schulten 76.
Schultze B. S. 349
Schultze Fr. 486, 491.
Schulz R. 266, 342, 346
Schütz 565.
Schwachsinn, primärer 309, 444.
Schwarz 204.
Schwetz (Bericht) 261.
Schwimmer 376.
Schwindel 22; epilept 400.
Sclerodactylie 376.
Sclerose, aufsteig. der Pyramiden 189.
Sclerosis lat. amyotroph. 393.
Scotom centrales 180.
Secale cornutum 325.
Sehhügel, Function 118.
Sehcentren 544.
Sehnervenkreuzung 116.
Sehnervenatrophie 368.
Sehstörung bei Paralytikern 47.
Sehsphäre 519.
Seiffert 466.
Seitenstränge, Degeneration 412.
Selbstamputation 426.
Selbstanklage, falsche 277.
Selbstverstümmelung 475, 476.
Semicirculäre Canäle 177.
Semidecussation im Chiasma 364.
Semon 60.
Senator 103, 355.
Sepilli 257, 404, 517.
Sernow 552.
Siemens 211, 307.
Simulation 261, 277, 279, 309, 344.
Sinnesempfindung 255.
Sinnesreize 341.
Sinusthrombose 185.
Situs inversus bei Paralyse 67.
Sizaret 474.
Skobel 13.

Solaneenvergiftung 425.
Sommerbrodt 60.
Sonnenlicht, Einfl. auf Organismus 318.
Spätheilung 474.
Spanke 410.
Speichelsecretion 21.
Spina bifida 557.
Spinallähmung 41; aufsteig. acute 186; spast. 267; atroph. 254, 485 (temporäre Form).
Spiro 496.
Spiztka 164, 165, 358.
Statische Electricität 169.
Stattakopulos 467.
Stauungspapille 370.
Staw 39, 375.
Stecoulis 466.
Stein 169, 232, 301.
Stepanow 320.
Stilling 34.
Stoltenhof 122.
Strümpell 490.
Stottern 421.
Strabismus, conjug. paralyt. 151.
Strahon 461.
Streifenhügel 509. (Anatomie.)
Strychnin 140, 466, 513.
Supravenko 158.
Sutherland 475.
Svetlin 210.
Swasey 511.
Sympathicus, Morphologie 340.
Synostosen der Schädelnähte 272.
Syphilis, cerebrospinal 1; cerebr. 60;
„ und Tabes dors. 91, 270, 457, 468, 479.
Syphilis u. Paralyse, allg. fortschr. 158. 330.

Tabes dorsalis 59, 85, 90; (Pinselbehandlung) 90; (Silberalbuminat) 91, 186, 325, 331, 362, 457, 468, 469.
Taguet 437.
Takacz 379, 429.
Tamburini 67, 517.
Taubstummheit 451.
Temperatur bei Irren 182, 211.
„ der Extrem. nach Dehnung 281.
Tenchini 148, 509.
Tetanie 283.
Tetanus hydrophob. 270; uteri 380. traumaticus 467.
Thanhofer 202.
Thermaesthesiometer 52.
Thomsen 325, 566.
Thomsen'sche Krankheit 235, 463, 538.
Thon bei Angina 158.
Tigges 274.
Tinctura aconiti 507.
Tischdrehen 496.
Tod, plötzlicher bei Manie 476.
Tonnini 346, 401, 477.
Topinard 283.
Tractus opticus 34.
Trance 423.
Transplantation der Nerven 152.
Tremor, Heilung 479.
Treves 91.
Trigeminus, affection 103; neuralgie 135, 558; (Heilung) 477; Reizung 294; Lähmung 419, 558.
Trophoneurosen 237; supraorb. 471.
Trunksucht 233, 423, 424.
Tuczeck 245.
Tuke 329.
Tumor (Hirn) 8, 39, 99, 129, 130, (IV. Ventr.) 140, 146, 203, 238, 368, 428, 461, 511.
Tuvim 52.
Typhus mit Aphasie 325; und Psychose 439.

Unrecht, Unterscheidung 517.
Unvericht 419.
Urbantschitsch 255, 294.
Uteruscontraction, Centren 189, 190, 317.
Uthoff 250, 564.

Vasomotorische Nerven, Bahn 38.
Vagusneurosen 559.
Venenspasmus 256.
Velicq 238.
Veratrin 479.
Verbrecher, Schädel 151.
„ Gehirn 401.
„ Anstalt für irre 455.
Verfolgungswahn, alcohol. 436.
Verrücktheit, halluc. 251; primäre 402; primordiale 493.
Verstand, Entwicklung 129.
Vicariiren der Sinne 156.
Victor 514.
Vierhügel, Function 284.
Vierordt 412.
Vidal 479.
Villegean 335.
Vincenzi 150.
de Vincentiis 151.
Virchow 498.

Voigt 91, 545.
Voisin 455.
Vorderhörner, Degeneration 412.
Vorderstränge, Erregbarkeit 315.
Vossius 180.
Vulpian 140.

v. Wahl 270.
Weber 358.
Weiss Jacob 305.
„ N. 142, 267, 283, 347.
„ W. 224, 256.
Wendt 261.
Wernicke 47, 132, 186.
Westphal 235, 243, 310, 321, 564.
White 511.
Wreth 105.
Wiglesworth 68.
Wille 477.
Williams 212.
Winternitz 300.
Wittkowski 341, 477.
Woischvillo 293.
Wolff 501, 520, 547.
Worte, assoc. mit Farben 258.
Wortblindheit 255, 335.
Worttaubheit 255, 335.
Wright 270, 351, 517.
Wwedenski 549, 551.

Zacher 490.
Zederbaum 395.
Zenker 453.
Zierl 18, 353.
Zungenatrophie, halbseitige bei Tabes dors. 538.
Zungenkrampf idiop. 83.
Zusammenheilung verschiedener Nerven 550.
Zwangsbewegung 164, 496.
Zwickelläsion 40.
Zwillinge, Melancholie bei solchen 68; Manie 69.



Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.
Druck von Philipp Werle in Koblenz (Entenpfuhl 12).











